



Université  
de Toulouse

# THÈSE

En vue de l'obtention du

## DOCTORAT DE L'UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Délivré par *l'Université Toulouse III - Paul Sabatier*  
Discipline ou spécialité : *Neurosciences, comportement et cognition*

---

Présentée et soutenue par *Julie SAINT-LEBES NICOT*  
Le 27 septembre 2012

Titre : *Addiction et personnalité :  
rôle des traumatismes et des expériences d'allure psychotique*

---

### JURY

*Laurent SCHMITT, Professeur, Directeur de thèse*  
*Rachel RODGERS, Visiting Assistant Professor, Co-directrice de thèse*  
*Aimé CHARLES-NICOLAS, Professeur, Rapporteur*  
*Florian FERRERI, Titulaire d'une HDR, Rapporteur*  
*Jean-Luc SUDRES, Professeur, Autre membre du jury*

---

Ecole doctorale : **CLESCO**  
Unité de recherche : *Laboratoire du Stress Traumatique (EA 4560)*  
Directeur(s) de Thèse : *Laurent SCHMITT, Rachel RODGERS*  
Rapporteurs : *Aimé CHARLES-NICOLAS, Florian FERRERI*



## Remerciements

### **Monsieur Le Professeur Laurent Schmitt**

Vous nous avez fait l'honneur de diriger nos travaux et de nous faire part de vos savoirs et savoir-faire depuis le Master 2 de Recherche de Psychopathologie. Nous avons bénéficié d'un riche enseignement durant ces années et nous vous en remercions très sincèrement. Nous avons beaucoup apprécié votre bienveillance, votre disponibilité et vos qualités humaines.

### **Monsieur Le Professeur Philippe Birmes**

Ce fut un honneur de travailler au sein de votre équipe du Laboratoire du Stress Traumatique. Nous avons bénéficié de votre rigueur scientifique et de vos conseils avisés pour la réalisation de nos travaux. Votre bienveillance et vos qualités humaines nous ont beaucoup touchés. Nous vous remercions très sincèrement.

### **Madame Rachel Rodgers**

Nous avons été très honorés que vous nous guidiez dans l'élaboration de ce travail de thèse et de tous ces à côté. Nous avons bénéficié de votre rigueur scientifique et de précieux enseignements dans nombre de domaines. Sans oublier votre disponibilité et vos qualités humaines. Nous vous remercions très sincèrement d'avoir accepté de co-diriger ce travail de thèse.

### **Monsieur Le Professeur Aimé Charles-Nicolas**

C'est un grand honneur pour nous que vous ayez accepté de juger ce travail de thèse et nous vous remercions vivement de siéger à notre jury.

**Monsieur Le Docteur Florian Ferreri**

Votre présence au sein de notre jury de thèse nous honore. Nous vous remercions sincèrement d'avoir accepté de juger ce travail.

**Monsieur Le Professeur Jean-Luc Sudres**

En débutant notre mémoire de Master 1, jamais nous n'aurions pensé poursuivre jusqu'en Doctorat. Vos précieux enseignements et votre soutien nous ont donné le goût de la recherche et l'envie de persévérer dans cette voie. Vous nous avez guidés lors de nos débuts et c'est un honneur pour nous que vous participiez à l'aboutissement de notre parcours universitaire. Soyez en remercié.

**Monsieur Le Professeur Alain Brunet**

Nous tenons à vous remercier pour vos précieux conseils utiles à la réalisation des analyses statistiques. Nous avons été très honorés que vous nous consacriez de votre précieux temps.

**L'Espace d'Accueil et d'Informations sur les Dépendances (EAID) d'Albi**

Nous remercions très chaleureusement tous les membres de l'équipe de l'EAID d'Albi. Monsieur le docteur Pierre Baranski, vous nous avez accueillis au sein de votre équipe pour nous permettre de rencontrer des patients intéressés pour répondre au questionnaire et nous vous en remercions. Madame le docteur Mary-Blanche Papon-Calmel, monsieur le docteur Bernard Condette, Alexandra, Jean-François, Laëtitia et Pierrette, vous nous avez aidés à organiser les rencontres avec des patients et nous vous en remercions. Votre accueil inconditionnel nous a beaucoup touchés.

### **La clinique d'alcoologie Saint-Salvadou d'Albi**

Nous remercions très sincèrement monsieur le docteur Michel Réocreux de nous avoir acceptés au sein de son équipe pour le recueil de données et nous remercions tout particulièrement Emily Clément et Lucien Bled qui ont organisé les rencontres avec des patients.

### **Le Centre d'Accueil et de Soins Aux Pharmaco-dépendances (CASAP) de Rodez**

Nous remercions très sincèrement monsieur le docteur D'Estances et toute son équipe qui nous ont aidés à rencontrer des patients intéressés pour répondre au questionnaire. Nous vous remercions pour votre accueil et votre sollicitude.

### **Les Chemins de la Landes (Hôpitaux de Lannemezan)**

Nous remercions très sincèrement madame le docteur Cécile Bataillon, madame le docteur Françoise Rolland, Yves Ortéga et toute l'équipe des Chemins de la Landes pour leur accueil bienveillant et leur aide pour rencontrer des patients intéressés par la recherche, avec un merci tout particulier à nos confrères psychologues.

### **Le Laboratoire du Stress Traumatique**

Nous remercions également tous les membres du Laboratoire du Stress Traumatique et plus particulièrement Agnès, Benjamin et Eric pour leurs précieux conseils, leur aide et leur soutien.

### **Le secrétariat de Monsieur Le Professeur Laurent Schmitt**

Un merci tout particulier à Brigitte et Emmanuelle pour leur bienveillance, leurs encouragements et leur soutien.

## **Madame Cécile Denis**

Nous tenons à remercier très sincèrement Madame Cécile Denis de nous avoir procuré les documents relatifs à la passation et à la cotation de l'Addiction Severity Index.

## **Les participants à la recherche**

Nous remercions tout particulièrement les personnes qui ont bien voulu participer à cette recherche soit en nous aidant à trouver des volontaires soit en répondant au questionnaire ainsi que toutes les personnes qui se sont impliquées, de près ou de loin, dans l'accomplissement de ce travail de thèse.



A Sébastien & Victor,  
A mes parents, à Biboo, Maud, Anna, Ella et à toute ma famille,  
A mes ami(e)s.







# Table des matières

<b>REMERCIEMENTS.....</b>	<b>3</b>
<b>TABLE DES MATIERES.....</b>	<b>11</b>
<b>INDEX DES TABLEAUX ET FIGURES.....</b>	<b>15</b>
<b>RESUME.....</b>	<b>16</b>
<b>ABSTRACT.....</b>	<b>17</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>18</b>
<b>1. REVUE DE LA LITTERATURE.....</b>	<b>19</b>
1.1. LES EVENEMENTS DE VIE POTENTIELLEMENT TRAUMATIQUES .....	19
1.1.1. <i>Définitions des évènements de vie potentiellement traumatiques et du traumatisme psychique..</i>	19
1.1.1.1. Les évènements de vie potentiellement traumatiques.....	19
1.1.1.2. Le traumatisme psychique .....	19
1.1.2. <i>Le point sur les évènements traumatiques.....</i>	20
1.1.2.1. Lien entre évènements traumatiques et problèmes physiques ou psychiques.....	20
1.1.2.2. Prévalence des évènements traumatiques en population générale .....	20
1.1.2.3. Le traumatisme causé par les abus physiques et/ou sexuels.....	21
1.1.2.4. Les évènements traumatiques et les troubles psychiatriques .....	22
1.2. LA DETRESSE PERITRAUMATIQUE .....	24
1.2.1. <i>Définition de la détresse péritraumatique.....</i>	24
1.2.2. <i>Le point sur la détresse péritraumatique.....</i>	24
1.3. LES TROUBLES DE LA PERSONNALITE.....	26
1.3.1. <i>Définitions catégorielles et dimensionnelles des troubles de la personnalité.....</i>	26
1.3.2. <i>Le point sur les troubles de la personnalité.....</i>	28
1.4. LES ADDICTIONS AUX SUBSTANCES.....	29
1.4.1. <i>Historique et définitions des addictions aux substances.....</i>	29
1.4.2. <i>Le point sur les addictions aux substances.....</i>	31
1.4.2.2. Les habitudes de consommation en Midi-Pyrénées versus en France .....	33
1.4.2.3. La psychopathologie des addictions aux substances .....	34
1.4.2.4. Etude préliminaire sur les addictions et la personnalité.....	34
1.5. LES EXPERIENCES D'ALLURE PSYCHOTIQUE .....	35
1.5.1. <i>Définition des expériences d'allure psychotique.....</i>	35
1.5.2. <i>Le point sur les expériences d'allure psychotique.....</i>	36
1.6. RESUME DE LA REVUE DE LA LITTERATURE ET PERSPECTIVES .....	39
<b>2. METHODOLOGIE.....</b>	<b>43</b>

2.1.	CONTEXTE.....	43
2.2.	OBJECTIFS ET HYPOTHESES.....	43
2.2.1.	<i>Objectif principal</i> .....	43
2.2.2.	<i>Objectif secondaire</i> .....	43
2.2.3.	<i>Hypothèses</i> .....	43
2.2.3.1.	Hypothèse principale.....	43
2.2.3.2.	Hypothèse secondaire .....	44
2.3.	METHODE.....	44
2.3.1.	<i>Participants</i> .....	44
2.3.1.1.	Critères d'inclusion des dépendants de substances .....	44
2.3.1.2.	Critères d'exclusion des dépendants de substances.....	44
2.3.1.3.	Critères d'inclusion des sujets du groupe témoin .....	44
2.3.1.4.	Critères d'exclusion des sujets du groupe témoin.....	45
2.4.	PROCEDURE .....	45
2.4.1.	<i>Les dépendants de substances</i> .....	45
2.4.2.	<i>Le groupe témoin</i> .....	46
2.5.	MESURES.....	47
2.5.1.	<i>Les évènements de vie traumatiques</i> .....	47
2.5.2.	<i>La détresse péritraumatique</i> .....	48
2.5.3.	<i>La dépendance à une substance</i> .....	49
2.5.4.	<i>Les expériences d'allure psychotique</i> .....	50
2.5.5.	<i>Les troubles de la personnalité</i> .....	50
2.6.	LES ANALYSES STATISTIQUES .....	52
<b>3.</b>	<b>RESULTATS</b> .....	<b>53</b>
3.1.	DESCRIPTION DES DEUX GROUPES .....	53
3.1.1.	<i>Caractéristiques des deux groupes</i> .....	53
3.1.1.1.	Caractéristiques des dépendants de substances.....	53
3.1.1.2.	Caractéristiques du groupe témoin .....	53
3.1.2.	<i>Etat civil des deux groupes</i> .....	53
3.1.2.1.	Etat civil des dépendants de substances .....	53
3.1.2.2.	Etat civil du groupe témoin.....	54
3.1.3.	<i>La sévérité des problèmes des deux groupes</i> .....	54
3.1.3.1.	La situation légale des deux groupes .....	54
3.1.3.2.	Le parcours de consommation des deux groupes .....	54
3.1.3.2.1.	La consommation d'alcool des deux groupes .....	54
3.1.3.2.2.	La consommation de drogue(s) des deux groupes.....	55
3.1.3.2.3.	Comparaison des caractéristiques de la consommation des deux groupes.....	57
3.1.3.3.	L'histoire de la famille des deux groupes.....	58
3.1.3.5.2.	Pension pour incapacité psychiatrique .....	62
3.1.3.5.3.	Dépression grave .....	62
3.1.3.5.4.	Anxiété ou tension grave .....	62

3.1.3.5.5.	Hallucinations.....	63
3.1.3.5.6.	Difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir.....	63
3.1.3.5.7.	Difficultés à réprimer un comportement violent.....	63
3.1.3.5.8.	Sérieuses idées de suicide.....	63
3.1.3.5.9.	Tentatives de suicide.....	63
3.1.3.5.10.	Prise de médicament(s) prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel.....	64
3.1.3.6.	La sévérité des problèmes des deux groupes.....	64
3.1.3.6.1.	La sévérité des problèmes médicaux.....	64
3.1.3.6.2.	La sévérité des problèmes d'emploi-ressources.....	64
3.1.3.6.3.	La sévérité des problèmes d'alcool.....	64
3.1.3.6.4.	La sévérité des problèmes de drogues.....	65
3.1.3.6.5.	La sévérité des problèmes légaux.....	65
3.1.3.6.6.	La sévérité des problèmes familiaux et sociaux.....	65
3.1.3.6.7.	La sévérité des problèmes psychiatriques.....	65
3.1.4.	<i>Les évènements de vie traumatiques.....</i>	66
3.1.4.1.	Les évènements liés à la criminalité.....	66
3.1.4.2.	Catastrophes générales et traumatismes (cf. tableau 6).....	66
3.1.4.3.	Expériences physiques et sexuelles.....	68
3.1.4.4.	Autres évènements.....	69
3.1.4.5.	Fréquences des évènements de vie traumatiques et score d'exposition traumatique.....	69
3.1.5.	<i>La détresse péritraumatique.....</i>	70
3.1.5.1.	Périodes d'âges de survenue du pire évènement.....	70
3.1.5.2.	La détresse péritraumatique.....	70
3.1.6.	<i>Les expériences d'allure psychotique.....</i>	71
3.1.7.	<i>La perturbation de la personnalité.....</i>	72
3.1.7.1.	Les troubles de la personnalité.....	72
3.1.7.2.	La perturbation de la personnalité.....	73
3.2.	CORRELATIONS EXISTANTES CHEZ LES SUJETS DEPENDANTS DE SUBSTANCES (CF. TABLEAU 9).....	73
3.3.	PREDICTIONS.....	75
3.3.1.	<i>Rôle prédicteur du nombre d'évènements traumatiques.....</i>	75
3.3.2.	<i>Rôle prédicteur du nombre d'évènements traumatiques et de la détresse péritraumatique associée.....</i>	75
4.	<b>DISCUSSION .....</b>	<b>77</b>
4.1.	LES CARACTERISTIQUES DES DEUX GROUPES.....	78
4.1.1.	<i>Les caractéristiques familiales et sociales.....</i>	78
4.1.2.	<i>Les caractéristiques médicales.....</i>	78
4.1.3.	<i>Les caractéristiques psychiatriques.....</i>	79
4.1.4.	<i>Les caractéristiques légales.....</i>	79
4.1.5.	<i>La sévérité des problèmes.....</i>	80
4.2.	UNE EXPOSITION AUX EVENEMENTS TRAUMATIQUES S'ASSOCIE A LA DEPENDANCE.....	81
4.2.1.	<i>Les expériences physiques et sexuelles.....</i>	82
4.2.1.1.	Les dépendants rapportent avoir été plus soumis à des abus sexuels.....	82

4.2.1.2.	Les dépendants rapportent avoir été plus soumis à des violences physiques .....	83
4.2.2.	<i>Les dépendants rapportent avoir rencontré plus de traumatismes naturels ou de maladies .....</i>	<i>84</i>
4.2.3.	<i>Les dépendants rapportent avoir vécu plus de vols .....</i>	<i>85</i>
4.2.4.	<i>Les associations existantes avec les événements traumatiques .....</i>	<i>86</i>
4.2.5.	<i>L'exposition traumatique et la détresse péritraumatique.....</i>	<i>86</i>
4.2.6.	<i>Les associations existantes avec la détresse péritraumatique.....</i>	<i>87</i>
4.2.7.	<i>Le rôle prédictif des événements traumatiques et de la détresse péritraumatique.....</i>	<i>87</i>
4.2.7.1.	Le rôle prédictif des événements traumatiques .....	87
4.2.7.2.	Le rôle prédictif des événements traumatiques et de la détresse péritraumatique associée ...	89
4.3.	LES EXPERIENCES D'ALLURE PSYCHOTIQUE .....	90
4.4.	LES TROUBLES ET LA PERTURBATION DE LA PERSONNALITE .....	91
4.5.	LIMITES .....	91
4.5.1.	<i>Biais de recrutement : .....</i>	<i>91</i>
4.5.2.	<i>Biais de déclaration.....</i>	<i>92</i>
4.5.3.	<i>Biais de souvenir et biais de mémorisation .....</i>	<i>92</i>
4.5.4.	<i>Biais de compréhension des outils .....</i>	<i>92</i>
4.6.	PERSPECTIVES.....	93
<b>CONCLUSION.....</b>		<b>94</b>
<b>5. ANNEXES.....</b>		<b>95</b>
5.1.	MANUSCRIT ACCEPTÉ DANS THE AMERICAN JOURNAL OF DRUG AND ALCOHOL ABUSE .....	96
5.2.	LE TRAUMA HISTORY QUESTIONNAIRE (THQ).....	101
5.3.	LE PERITRAUMATIC DISTRESS INVENTORY (PDI) .....	105
5.4.	L'ADDICTION SEVERITY INDEX (ASI).....	106
5.5.	LE COMMUNITY ASSESSMENT OF PSYCHIC EXPERIENCES (CAPE 42).....	120
5.6.	LE PERSONALITY DIAGNOSTIC QUESTIONNAIRE (PDQ-4+).....	130
<b>REFERENCES.....</b>		<b>134</b>

## Index des tableaux et figures

<b>Tableau 1</b> : Critères diagnostiques du trouble addictif .....	31
<b>Tableau 2</b> : Prévalence des problèmes d'alcool, de drogue(s) et des troubles psychologiques des membres de la famille (du côté maternel) dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe. ....	58
<b>Tableau 3</b> : Prévalence des problèmes d'alcool, de drogue(s) et troubles psychologiques des membres de la famille (du côté paternel et dans la fratrie) dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.....	59
<b>Tableau 4</b> : Prévalence de relations étroites, durant de longues périodes, avec des personnes de l'entourage proche dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.....	60
<b>Tableau 5</b> : Prévalence de graves problèmes éprouvés avec des personnes de l'entourage proche dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe. ....	61
<b>Tableau 6</b> : Fréquences des catastrophes générales et des traumatismes vécus dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.....	67
<b>Figure 7</b> : Diagramme des périodes d'âges de survenue du pire évènement dans deux population de sujets : N = 65 dépendants de substances et N = 85 témoins appariées selon l'âge et le sexe. ....	70
<b>Tableau 8</b> : Prévalence des troubles de la personnalité dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.....	72
<b>Tableau 9</b> : Corrélations bivariées (coefficient de Pearson) dans une population de N = 61 à 100 dépendants de substances.....	74
<b>Tableau 10</b> : Effet du nombre d'évènements traumatiques et du score de détresse péritraumatique associé sur les expériences d'allure psychotique dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.....	76

## Résumé

### **Titre : Addiction et personnalité : rôle des traumatismes et des expériences d'allure psychotique**

L'objectif de l'étude est d'évaluer la fréquence d'évènements traumatiques, la détresse péritraumatique associée, les expériences d'allure psychotique et la perturbation de la personnalité parmi des dépendants de substances comparé à un groupe témoin. Cent patients dépendants de substances consultants dans des centres de soins aux dépendances et 98 témoins ont été interrogés sur les évènements traumatiques et la détresse péritraumatique associée. La sévérité de l'addiction, des problèmes médicaux et psychosociaux ont également été explorés, ainsi que les expériences d'allure psychotique, les troubles et la perturbation de la personnalité. Les dépendants ont vécu significativement plus d'évènements traumatiques que les témoins ( $p < 0,001$ ). Ils ont été confrontés à des évènements liés à la criminalité, aux catastrophes générales, aux abus physiques et sexuels plus souvent que le groupe témoin. Leur score d'exposition traumatique est supérieur (entre 1 et 193) à celui des témoins (de 1 à 62) ( $p < 0,001$ ), signe d'une exposition à un plus jeune âge. Quarante deux pour cent des dépendants ont vécu leur « pire » évènement avant 12 ans comparé à 11 % chez les témoins ( $p < 0,001$ ). La détresse péritraumatique associée est plus grande chez les dépendants (20,85 (9,9)) comparé aux témoins (11,25 (8,4)) ( $p < 0,001$ ) et elle prédit les expériences d'allure psychotique ( $\beta = 0,45$  ;  $p < 0,001$ ). Les participants dépendants ont plus de problèmes médicaux et psychosociaux. Leur score d'expériences d'allure psychotique est plus élevé (145,3 (26,7)) que celui des témoins (115,7 (17,6)) ( $p < 0,001$ ). Ces participants ont rapporté plus de troubles de la personnalité : paranoïaque (65 % vs. 33,7 %), borderline (55 % vs. 5,1 %), obsessionnelle-compulsive (53 % vs. 25,5 %), évitante (49 % vs. 21,4 %) et de personnalité de type dépressive (46 % vs. 5,1 %) (tous les  $p < 0,001$ ). A ce jour, les études portant sur la vulnérabilité liée aux évènements traumatiques manquent parmi les dépendants de substances. La présente étude confirme la prévalence élevée d'évènements traumatiques et révèle la prévalence de détresse péritraumatique plus élevée parmi les dépendants de substances comparé aux témoins.

**Mots clés : évènements traumatiques, détresse péritraumatique, addiction aux substances, expériences d'allure psychotique, catégories de personnalité.**



## **Abstract**

### **Title: Drug addiction and personality: role of trauma and psychosis-like experiences**

The aim of the study was to assess the frequency of traumatic life events, associated peritraumatic distress, psychosis-like experiences and personality disturbance among individuals suffering from substance-dependence compared to a control group. One hundred patients from substance-dependent treatment centers and 98 control subjects were interviewed regarding traumatic life events and associated peritraumatic distress. The severity of addiction, medical and psychosocial problems were also explored, as well as psychosis-like experiences and personality disturbance. Substance-dependent participants experienced significantly more traumatic events than the control group ( $p < 0.001$ ). They experienced events related to crime, general disaster, and physical and sexual abuse more often than the control group. Their score of traumatic exposure was greater (between 1 and 193) than that of controls (1 to 62) ( $p < 0.001$ ), indicating an exposure at a younger age. Forty-two percent of substance-dependent participants experienced their “worse” event before age 12 compared to 11% in the control group ( $p < 0.001$ ). The associated peritraumatic distress was higher among substance-dependent participants (20.85 (9.9)) compared to controls (11.25 (8.4)) ( $p < 0.001$ ) and predicted psychosis-like experiences ( $\beta = 0.45$ ,  $p < 0.001$ ). Medical and psychosocial problems were higher among substance-dependent participants, who also experienced more psychosis-like experiences (145.3 (26.7)) than the control group (115.7 (17.6)) ( $p < 0.001$ ). These participants reported more personality disorders such as paranoid (65% vs. 33.7%) and borderline personality disorders (55% vs. 5.1%), followed by obsessive-compulsive (53% vs. 25.5%) and avoidant personality disorders (49 % vs. 21.4%) as well depressive personality-type (46% vs. 5.1%) (all  $p < 0.001$ ). To date, studies focusing on vulnerability to traumatic events are lacking among substance-dependents. The present study confirms the high prevalence of traumatic events and reveals the higher prevalence of peritraumatic distress among substance-dependents compared to the control group.

**Key words:** traumatic events, peritraumatic distress, drug addiction, psychosis-like experiences, category of personality.

## Introduction

En France, le taux d'exposition à des événements potentiellement traumatiques est de 30 % (Vaiva, Jehel et al., 2008). Il est supérieur dans d'autres pays et diffère selon le genre. Il est de 74 % chez les hommes et de 65 % chez les femmes (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Les événements traumatiques sont souvent associés à des problèmes physiques et psychiques (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Rosenberg et al., 2000). Liés aux abus physiques et sexuels, les événements traumatiques sont largement étudiés et sources de comorbidités psychiatriques telles l'anxiété, la dépression et les addictions (Teusch, 2001). Ces dernières sont fréquemment associées à des niveaux de morbidité et de mortalité élevés (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM, 2010) et associées à la conduite automobile, les addictions augmentent le risque d'accidents de la voie publique (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT, 2008).

Cette recherche a pour objectif d'étudier le rôle des événements traumatiques et des expériences d'allure psychotique présents parmi deux groupes de sujets : les dépendants de substances et les témoins. Seront également explorées, la détresse péritraumatique et la perturbation de la personnalité. Plus précisément, nous chercherons à savoir si les événements traumatiques et la détresse péritraumatique qui en découle peuvent précipiter les expériences d'allure psychotique ainsi que la perturbation de la personnalité chez les sujets dépendants de substances.

Dans un premier temps, une revue de la littérature présentera les principales recherches portant sur le sujet. Ensuite, en seconde partie, la méthodologie exposera le contexte de l'étude, les objectifs, la méthode, la procédure, les mesures et enfin les analyses statistiques. La troisième partie exposera les résultats. Dans une quatrième partie les principaux résultats seront discutés. Enfin, la cinquième partie nous permettra de conclure ce travail.

## 1. Revue de la littérature

### 1.1. Les évènements de vie potentiellement traumatiques

#### 1.1.1. Définitions des évènements de vie potentiellement traumatiques et du traumatisme psychique

##### 1.1.1.1. *Les évènements de vie potentiellement traumatiques*

Les évènements de vie sont des mésaventures que tout être humain peut subir au cours de son existence. Il s'agit, par exemple, des évènements liés à la criminalité (vols, cambriolages, etc.), des catastrophes générales (accidents, catastrophes naturelles, braquages, incendies, décès, maladies, etc.) et des expériences physiques ou sexuelles (Green, 1996). Nous parlons d'évènements potentiellement traumatiques dans la mesure où ils sont vécus différemment par chacun d'entre nous et où un évènement peut être traumatique pour une personne mais pas pour une autre. Ces évènements de vie deviennent traumatiques quand la personne est confrontée à la mort. Ce qui différencie un évènement de vie d'un évènement de vie traumatique c'est donc la prise de conscience par le sujet qu'il peut disparaître en une fraction de seconde (Crocq, 2001). L'American Psychiatric Association (APA, 1994) définit l'évènement traumatique comme suit : « le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un évènement ou à des évènements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de graves blessures ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée. » « La réaction du sujet à l'évènement s'est traduite par une peur intense (*intense fear*), un sentiment d'impuissance (*helplessness*) ou d'horreur (*horror*) » (cité par Vaiva, 2005).

##### 1.1.1.2. *Le traumatisme psychique*

Au début du XX<sup>e</sup> siècle, le traumatisme psychique est un concept qui reste flou : « [...] les praticiens – tant psychiatres que généralistes – méconnaissaient le trauma et parlaient d'état anxieux ou dépressif réactionnel pour désigner les souffrances psychiques dues aux accidents et aux agressions » (Crocq, 2001, p. 1). Le traumatisme psychique trouve son étymologie dans le mot grec « τρ αυμα » signifiant « blessure avec effraction » (De Clercq & Dubois, 2001). Il est une manifestation psychique se produisant à la suite d'un évènement potentiellement traumatique. Des

sentiments d'effroi, d'horreur et d'impuissance sont ressentis par le sujet qui se retrouve confronté au réel de la mort (la sienne propre ou celle d'autrui) (Crocq, 2001). « Face à cet irreprésentable de la mort pour le sujet, face à cette incapacité de voir quelque discours que ce soit cerner cette rencontre avec la mort, le traumatisme psychique représente une véritable effraction à l'intérieur de l'appareil psychique du sujet » (De Clercq & Dubois, 2001, p.16).

La mort est la destinée de tout être humain mais cette mort, aucun homme ne la connaît ni ne sait la décrire. « Nous n'avons pas la possibilité de nous représenter le néant qu'elle est. Seule l'effraction du pare-excitation<sup>1</sup> permet la pénétration d'une image de la mort dans le psychisme, sans qu'elle soit transformée en réalité par les représentations. C'est une image brute que le sujet aura maintenant en lui, mais il n'aura aucune représentation pour la porter ; aussi ne pourra-t-il rien en dire. [...] le traumatisé psychique n'aura pas les mots – parce qu'il n'y en a pas – pour faire comprendre à un autre ce qui lui arrive [...] » (Lebigot, 2009, p.202).

### **1.1.2. Le point sur les évènements traumatiques**

#### *1.1.2.1. Lien entre évènements traumatiques et problèmes physiques ou psychiques*

L'exposition aux évènements traumatiques est liée à divers états physiques et psychiques tels les douleurs pelviennes chroniques, les troubles gastro-intestinaux, l'anxiété, la dépression, les troubles liés à l'utilisation de substances, la dissociation et l'Etat de Stress Post Traumatique (ESPT) (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Friedman & Schnurr, 1995 ; Solomon & Davidson, 1997 ; cités par Rosenberg et al., 2000).

#### *1.1.2.2. Prévalence des évènements traumatiques en population générale*

Selon Jolly (2000), les taux d'exposition à des évènements traumatiques en population générale varient de 16,3 % à 89,6 % en fonction des études (Breslau, Davis, Andreski, & Peterson, 1991 ; Breslau et al., 1998 ; Cuffe et al., 1998 ; Giaconia et al., 1995 ; Norris, 1992 ; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders & Best, 1993 ; Stein, Walker, Hazen & Forde, 1997; Vrana &

---

<sup>1</sup> Lebigot (2009), sur les pas de Freud, décrit le pare-excitation comme une membrane, une enveloppe, protégeant, renfermant, l'appareil psychique, telle une peau.

Lauterbach, 1994) (cités par Jolly, 2000). Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes et Nelson (1995), évaluent à 56 % le taux de traumatismes en population générale (cités par Resnick, Bond, & Mueser, 2003). Plus précisément, le taux d'exposition traumatique retrouvé dans l'étude de Kessler et al. (1995) est de 73,6 % parmi les hommes et 64,8 % parmi les femmes (cités par Jolly, 2000). Pour Freeman et Fowler (2009), le taux s'élève à 70 % et les abus sexuels vécus dans l'enfance sont aussi présents mais dans une plus petite proportion. Enfin, les résultats de l'étude de Vaiva, Jehel et al. (2008) estiment à 30,2 % le taux d'exposition à au moins un évènement potentiellement traumatique parmi la population générale française.

Aussi, les résultats de nombreuses recherches indiquent que les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir été exposés à des évènements traumatiques (Breslau et al., 1991 ; Breslau et al., 1998 ; Norris, 1992 ; Resnick et al., 1993 ; Stein et al., 1994) (cités par Jolly, 2000). Le type d'évènements varie également selon le genre. Une étude réalisée par Golier et al. (2003), par exemple, a mis en évidence des différences concernant les types de traumatismes entre hommes et femmes. Les hommes ont rapporté plus d'expositions aux crimes et délits dans l'enfance et/ou l'adolescence que les femmes (41,9 % vs. 23,8 %) alors que les femmes ont rapporté plus d'abus sexuels dans l'enfance et/ou l'adolescence (39,7 % vs. 14,5 %) et d'abus physiques à l'âge adulte que les hommes (25,4 % vs. 6,1 %).

#### *1.1.2.3. Le traumatisme causé par les abus physiques et/ou sexuels*

Les traumatismes liés aux abus physiques et sexuels occupent une place particulière parmi les évènements traumatiques car ils participent souvent à la sévérité de la psychopathologie. Comme nous le verrons, ci-après, les abus physiques et sexuels s'accompagnent souvent de troubles psychologiques et psychiatriques. Il arrive également qu'ils se répètent durant de longues périodes, par exemple, tout au long de l'enfance.

Les effets à long terme des abus sexuels durant l'enfance incluent la dépression, l'anxiété, les tendances suicidaires, la re-victimisation, l'abus de substances et autres addictions, une faible estime de soi et des difficultés dans les relations interpersonnelles (Briere, 1998 ; Wilsnack, Vogeltanz, Klassen, & Harris, 1997 ; Vogeltanz & Wilsnack, 1997 ; Stein, Golding, Siegal, Burnam, & Sorenson, 1988, cités par Teusch, 2001).

La moitié des hommes et les deux tiers des femmes d'un centre de soins aux dépendances ont vécu des abus physiques ou sexuels dans le passé (Briere, 1998, cité par Teusch, 2001). Les femmes abusées sexuellement par leur partenaire présentent plus d'ESPT et de troubles liés à l'utilisation de substances, plus précisément, d'abus de substances que les femmes non abusées par leur partenaire (Sullivan & Holt, 2008)

#### *1.1.2.4. Les évènements traumatiques et les troubles psychiatriques*

Les évènements traumatiques sont également rencontrés parmi des individus présentant un ou des trouble(s) psychiatrique(s) (Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012). En effet, les évènements traumatiques sont des expériences communes pour les personnes souffrant de maladies mentales telles que la schizophrénie et les troubles bipolaires. Les évènements traumatiques sont également corrélés à la sévérité des symptômes, à l'abus de substances et au fait d'être sans domicile fixe (Cascardi, Mueser, DeGirolomo, & Murrin, 1996 ; Goodman, Rosenberg, Mueser, & Darke, 1997 ; Mueser et al., 1998) (cités par Mueser et al., 2001). On retrouve des taux élevés de troubles liés à l'utilisation de cannabis et autres drogues illicites dans les populations d'individus exposés au(x) traumatisme(s) (Duncan et al., 2008 ; Kendler et al., 2000 ; Kilpatrick et al., 2000) (cités par Sartor et al., 2010). Les traumatisés psychiques ont tendance à consommer de l'alcool pour soulager les symptômes d'anxiété, de dépression ou d'irritabilité et une exposition chronique pourrait mener à une alcoolo-dépendance (Volpicelli, Balaraman, Hahn, Wallace, & Bux, 1999).

Dans un échantillon de femmes souffrant de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif et d'un trouble actuel d'abus ou de dépendance aux drogues, 96 % ont vécu au moins un évènement traumatique (Gearon, Kaltman, Brown, & Bellack, 2003). Les taux d'abus physiques et sexuels observés parmi les femmes atteintes de maladies mentales sévères, telles la schizophrénie ou le trouble schizo-affectif, ou parmi des femmes abusant de substances mais ne présentant pas de maladie mentale sévère sont considérablement plus élevés que les taux observés parmi les femmes de la population générale (Gearon et al., 2003).

Weber et al. (2008) ont comparé 96 patients en psychiatrie à 31 sujets contrôles. Les résultats montrent un nombre significativement plus élevé d'évènements stressants et une charge de stress, avant la puberté, plus élevée chez les patients psychiatriques comparé aux sujets sains. De plus, les expériences traumatiques et la charge de stress vécue pendant la période prénatale sont

significativement plus élevées chez les patients en psychiatrie que chez les sujets contrôles. Une charge de stress élevée est liée à des symptômes dépressifs et post-traumatiques, à la sévérité des troubles et aux diagnostics de trouble dépressif majeur et de trouble de la personnalité, chez les patients en psychiatrie. Aussi, les individus qui ont expérimenté un traumatisme mais qui ne rencontrent pas les critères diagnostiques d'ESPT souffrent souvent d'altération fonctionnelle, de problèmes de santé similaires aux individus avec ESPT et comme ces derniers, ils utilisent de plus en plus les soins de santé (Norman, Stein, & Davidson, 2007).

Des taux élevés d'alcool-dépendance sont constatés parmi des traumatisés psychiques. Les traumatisés psychiques ayant développé un ESPT ont un risque significativement plus élevé de développer une alcool-dépendance que ceux sans ESPT (Sartor et al., 2010). Jusqu'à 89 % des patients souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de substances rapportent avoir expérimenté un événement traumatique au cours de leur vie (Farley, Golding, Young, Mulligan, & Minkoff, 2004). Des études ont rapporté des taux élevés d'abus sexuels (54-90 %) et physiques pendant l'enfance (42-50 %) chez des patients souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues et d'abus sexuels (33-70 %) chez des patients, hommes et femmes, souffrant de troubles liés à la consommation d'alcool (Reynolds et al., 2005). D'autres études rapportent qu'environ un tiers des patients en traitement pour abus de substances ont expérimenté des événements traumatiques tels des violences domestiques, des accidents graves, des vols et/ou avoir été témoins de blessures ou de morts. Les événements traumatiques diffèrent selon le genre parmi ces patients. Les femmes sont plus susceptibles de subir des violences physiques ou sexuelles tandis que les hommes sont plus susceptibles de subir des agressions physiques ou le combat à la guerre (Farley et al., 2004).

La co-occurrence de la dépendance alcoolique avec d'autres troubles psychiatriques est largement reconnue. Plusieurs modèles prenant en compte des taux de comorbidité élevés ont été proposés. Par exemple, Zucker et Gomberg (1986) ont proposé un modèle bio-psycho-social supposant que les troubles liés à l'utilisation d'alcool et autres troubles psychiatriques partageaient des facteurs étiologiques tels des prédispositions génétiques ou des risques environnementaux, tels les traumatismes vécus pendant l'enfance ou à l'âge adulte et les dysfonctions parentales (cités par Langeland, Draijer, & van den Brink, 2004).

Il existe en effet une association entre l'abus de substances parental et les abus vécus dans l'enfance (Arellano, 1996 ; Chaffin, Kelleher, & Hollenberg, 1996 ; Davis, 1990 ; Famularo,

Kinscherff, & Fenton, 1992 ; Jaudes, Ekwo, & Van-Voorhis, 1995 ; Klein, 1986, cités par Harmer, Sanderson, & Mertin, 1999). De nombreuses études révèlent un lien entre les troubles liés à l'utilisation d'alcool et les maltraitements vécus durant l'enfance (Anda et al., 2002 ; Dinwiddie et al., 2000 ; Fergusson et al., 1996 ; Wilsnack et al., 1997) et les agressions physiques et sexuelles vécues à l'âge adulte (Kilpatrick et al., 1997, 2003) (cités par Sartor et al., 2010).

Enfin, des auteurs ont observé une relation forte entre les abus vécus dans l'enfance et le développement de perturbations de la personnalité plus tard dans la vie. La sévérité de l'abus serait liée à des formes plus graves de pathologie du caractère (Haller & Miles, 2004). Les résultats de la recherche de ces auteurs montrent que sur 228 femmes dépendantes de drogues, 64 % ont été abusées durant l'enfance et les perturbations de la personnalité les plus fréquentes sont les personnalités antisociales, borderlines et évitantes (Haller & Miles, 2004).

Bien que la présente recherche consiste à explorer des événements potentiellement traumatiques nous parlerons désormais d'événements traumatiques. Ceci afin d'apporter un confort de lecture en allégeant le texte.

## **1.2. La détresse péritraumatique**

### **1.2.1. Définition de la détresse péritraumatique**

On sait depuis l'Antiquité qu'il existe des réactions psychiques consécutives à un traumatisme (Birmes et al., 2010). Brunet et al. (2001) proposent de s'intéresser aux réponses obtenues pendant et immédiatement après un traumatisme. Ils nomment ce délai « péritraumatique ». Terme paru notamment dans un article de Marmar, Weiss et Metzler (1997) (cités par Brunet et al., 2001). La détresse péritraumatique est le niveau de détresse (peur intense, sentiment d'impuissance ou d'horreur) vécu durant et immédiatement après un événement traumatique (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005). C'est dans le but de mesurer l'intensité de détresse péritraumatique survenue pendant et immédiatement après un événement que le Peritraumatic Distress Inventory a été créé (PDI, Brunet et al., 2001). Nous présenterons cet instrument de mesure de façon plus approfondie dans la seconde partie de ce travail (cf. 2.5.2.).

### **1.2.2. Le point sur la détresse péritraumatique**



La détresse péritraumatique est un concept récent qui reste encore peu étudié. Marmar et al. (1994) et Shalev, Peri, Canetti et Schreiber (1996) (cités par Jehel, Brunet, Paterniti, & Guelfi, 2005) ont souligné « l'importance de la réaction immédiate pour prédire gravité et durée des troubles post-traumatiques ». Les réponses péritraumatiques déclarées par les personnes ayant subi un traumatisme pourraient expliquer une variabilité supplémentaire dans les symptômes d'ESPT.

Prenons en compte le point de vue que la dissociation péritraumatique est un meilleur prédicteur d'ESPT que les caractéristiques objectives du traumatisme (Ozer, Best, Lipsey, & Weiss, 1998, cité par Brunet et al., 2001). Dans la mesure où l'on retrouve une dissociation aigüe quand la détresse est élevée (Koopman, Classen, & Spiegel, 1994, cité par Brunet et al., 2001) et que les personnes qui ont des niveaux élevés de détresse lors d'un traumatisme n'ont pas forcément de réponse dissociative, la détresse péritraumatique peut avoir une meilleure valeur prédictive que la dissociation péritraumatique elle-même (Brunet et al., 2001).

Dans une étude sur le PDI, Brunet et al. (2001) ont comparé un groupe d'officiers de police à un groupe témoin. Les résultats indiquent que les items du PDI les plus fréquents parmi les deux groupes sont : se sentir frustré ou en colère, ressentir de la tristesse ou du chagrin, ressentir de l'impuissance. Les items les moins fréquents parmi les deux groupes sont : avoir envie d'uriner ou d'aller à la selle et le sentiment de pouvoir s'évanouir. La plupart des officiers et des sujets du groupe témoin ont répondu positivement à au moins un des trois items comprenant le critère A2 du DSM-IV (peur, impuissance, horreur). Dans l'ensemble, les sujets du groupe témoin ressentent plus fréquemment les items du PDI que les officiers et leur niveau moyen de détresse péritraumatique est plus élevé que celui des officiers. L'exception est que les officiers rapportent plus souvent de l'inquiétude pour la sécurité des autres. Aussi, les résultats de cette étude montrent que les femmes ont des scores de détresse plus élevés que les hommes et plus précisément, les femmes du groupe témoin rapportent plus de détresse péritraumatique que les femmes du groupe d'officiers de police. La plupart des officiers de police et des sujets du groupe témoin rapportent donc des sentiments d'impuissance, de tristesse et de chagrin, de frustration et de colère mais aussi des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements, des palpitations ainsi que le sentiment d'être horrifié après l'exposition traumatique. L'occurrence et l'ampleur de telles réactions sont positivement associées à deux mesures de symptômes d'ESPT largement utilisées. Ces résultats sont similaires à ceux trouvés par d'autres auteurs (Bernat, Ronfeldt, Calhoun, & Arias, 1998 ;

Brewin, Andrews, & Rose, 2000 ; Ehlers, Mayou, & Bryant, 1998 ; Resnick, 1997 ; Roemer, Orsillo, Borkovec, & Litz, 1998 ; Shalev et al., 1998, Solomon, Laor, & McFarlane, 1996 ; Tucker, Dickson, Pfefferbaum, McDonald, & Allen, 1997) (cités par Brunet et al., 2001). Cependant, la plupart de ces études se centrent sur un seul type de réponses de détresse péritraumatique et ne contrôlent pas la psychopathologie globale ou la dissociation péritraumatique (Brunet et al., 2001).

### 1.3. Les troubles de la personnalité

#### 1.3.1. Définitions catégorielles et dimensionnelles des troubles de la personnalité

La personnalité peut être définie en termes de catégories et de dimensions. Malgré des divergences en ce qui concerne les dimensions de personnalité, les auteurs qui travaillent sur le sujet s'accordent sur le fait que « [...] la personnalité doit être considérée comme un modèle hiérarchique, autrement dit pour considérer la personnalité comme étant constituée de traits ou dimensions fondamentales qui se subdivisent en dimensions plus petites. Au premier niveau du modèle, les traits de base devraient être indépendants ou orthogonaux, c'est-à-dire ne pas corrélérer entre eux. Ces dimensions fondamentales peuvent à leur tour être subdivisées en entités plus petites appelées parfois facettes » (Bouvard, 2002, p. 9).

Parmi les diverses façons qu'il existe de concevoir la personnalité dimensionnelle, nous retiendrons le modèle de Cloninger (Cloninger, 1987 ; Cloninger, Svrakic, & Przybeck, 1993). Il postule que le tempérament et le caractère constituent les deux dimensions de personnalité : « Le tempérament est défini comme la facette héréditaire de la personnalité qui se manifeste tôt dans la vie. Le caractère représente la composante de la personnalité qui se développe sous l'influence de l'expérience, des apprentissages et des relations interpersonnelles » (Bouvard, 2002, p.11). Ce modèle comprend quatre dimensions de tempérament (*Recherche de la nouveauté, Evitement du danger, Dépendance à la récompense, Persistance*) et trois dimensions de caractère (*Détermination, Coopération et Transcendance*). Il a été démontré que les facteurs de tempérament jouent un rôle important dans l'abus de drogues en termes de sévérité, de type d'abus et d'observance au traitement (Bobes & McCann, 2000 ; Conway, Kane, Ball, Poling, & Rounsaville, 2003). La *Recherche de la nouveauté*, en particulier, semble être associée à l'usage de substances (Allnutt, Wedgwood, Wilhelm, & Butler, 2008 ; Evren, Evren, Yancar, & Erkiran, 2007). En outre, il a été démontré qu'un faible score d'*Evitement du danger* et un score élevé de *Transcendance* caractérisent les

utilisateurs de drogues (Allnutt et al., 2008 ; Le Bon et al., 2004). Chaque dimension est composée de sous-dimensions ou facettes. Les quatre principaux éléments qui composent le tempérament sont la *Recherche de la nouveauté*, l'*Évitement du danger*, la *Dépendance à la récompense* et la *Persistance*. Le caractère est considéré comme étant le résultat de trois types de maturité : la *Détermination* ou maturité individuelle, la *Coopération* ou maturité sociale et la *Transcendance* ou maturité spirituelle.

D'un point de vu catégoriel, l'APA (2000), définit un trouble de la personnalité comme une :

- A. « Modalité durable de l'expérience vécue et des conduites qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu. Cette déviation est manifeste dans au moins deux des domaines suivants :
- (1) La cognition (c.-à-d. la perception et la vision de soi-même, d'autrui et des événements)
  - (2) L'affectivité (c.-à-d. la diversité, l'intensité, la labilité et l'adéquation de la réponse émotionnelle)
  - (3) Le fonctionnement interpersonnel
  - (4) Le contrôle des impulsions
- B. Ces modalités durables sont rigides et envahissent des situations personnelles et sociales très diverses.
- C. Ce mode durable entraîne une souffrance significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
- D. Ce mode est stable et prolongé et ses premières manifestations sont décelables au plus tard à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- E. Ce tableau n'est pas mieux expliqué par les manifestations ou les conséquences d'un autre trouble mental.
- F. Ce mode durable n'est pas dû aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une drogue donnant lieu à un abus ou un médicament) ou d'une affection médicale générale (par exemple un traumatisme crânien) ».

Le DSM-IV-TR classe les troubles de la personnalité selon trois clusters :

- Cluster A : les troubles de la personnalité paranoïaque, schizoïde, schizotypique
- Cluster B : les troubles de la personnalité antisociale, borderline, histrionique, narcissique
- Cluster C : les troubles de la personnalité évitante, dépendante, obsessionnelle compulsive, non spécifié (APA, 2000).

### **1.3.2. Le point sur les troubles de la personnalité**

La personnalité semble être un facteur important dans l'abus de drogue et peut être étudiée selon deux perspectives différentes : catégorielle et dimensionnelle. Alors que la première de ces approches repose sur les critères diagnostiques des troubles de la personnalité et cherche donc à définir la personnalité pathologique, l'approche dimensionnelle se centre sur un certain nombre de traits sous-jacents qui composent la personnalité. Bien qu'il existe des preuves empiriques supportant l'approche dimensionnelle de la personnalité, l'approche catégorielle a souvent été considérée comme plus utile en termes cliniques, malgré sa description problématique en termes de stabilité et de chevauchement (Trull & Durrett, 2005). En ce qui concerne l'abus de substances, l'approche catégorielle est clairement utile dans le traitement et les implications cliniques (Kokkevi, Stefanis, Anastasopoulou, & Kostogianni, 1998). D'autre part, l'approche dimensionnelle se propose d'identifier des traits biologiques qui peuvent être particulièrement pertinents et révéler des relations spécifiques avec le développement de la toxicomanie et donc offrir des opportunités en matière de prévention (Acton, 2003). Les deux approches sont donc intéressantes à considérer. En ce qui concerne les catégories de personnalité, un taux élevé de comorbidités a été décrit entre l'abus de drogues et les troubles de la personnalité : environ 50 % des personnes présentant un abus de drogues souffrent d'un trouble de la personnalité (Bowden-Jones, Iqbal, Tyrer, Seivewright, Cooper et al., 2004 ; Skodol, Oldham, & Gallaher, 1999). Les troubles de la personnalité antisociale et borderline semblent être les comorbidités les plus fréquentes (Ross, Teesson, Darke, Lynskey, Ali et al., 2005 ; Skodol et al., 1999 ; Verheul, 2001) et le trouble de la personnalité paranoïaque est associé aux abus physiques vécus dans l'enfance aussi bien qu'à l'âge adulte (Golier et al., 2003).

D'autres auteurs ont constaté la présence d'au moins un trouble de la personnalité parmi 28,6 % des individus souffrant de troubles liés à l'utilisation d'alcool et parmi 47,7 % des individus souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues. Aussi, 16,4 % des individus ayant au moins un trouble de la personnalité ont un trouble lié à l'utilisation de l'alcool et 6,5 % ont un trouble lié à l'utilisation de drogues. Les corrélations positives significatives existantes entre les troubles de la personnalité et les troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues sont très fortes. Plus précisément, les troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues sont tous deux les plus fortement liés aux troubles de la personnalité antisociale, histrionique et dépendante. Des corrélations entre les troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, histrionique, schizoïde et antisociale et les troubles liés à l'utilisation d'alcool et de drogues sont significativement plus fortes parmi les

femmes que parmi les hommes alors que l'association entre les troubles de la personnalité et la dépendance aux drogues est significativement plus grande chez les hommes que chez les femmes (Grant et al., 2004).

Une recherche portant sur 180 hommes et femmes en ambulatoire a montré que comparé aux sujets sans trouble de la personnalité borderline, les sujets avec trouble de la personnalité borderline, présentent des taux significativement plus élevés d'abus physiques et sexuels dans l'enfance et/ou l'adolescence (52,8 % vs. 34,3 %). Les sujets avec trouble de la personnalité antisociale présentent des taux significativement plus élevés de deuils vécus durant l'enfance que ceux sans trouble de la personnalité antisociale (53,8 % vs. 21,0 %) (Golier et al., 2003). Enfin, il a été démontré que le traumatisme précède souvent le développement d'un trouble de la personnalité borderline (Golier et al., 2003).

## **1.4. Les addictions aux substances**

### **1.4.1. Historique et définitions des addictions aux substances**

Le terme d'addiction est employé depuis la Rome ancienne et jusqu'au Moyen Age en Europe Occidentale. Il se réfère à un arrêt du juge qui permet « au plaignant le droit de disposer à son profit de la personne même du débiteur défaillant » : il s'agissait donc d'une véritable contrainte par corps. » (Reynaud, 2006, p. 4). Puis, l'addiction renvoie aux toxicomanies dans les pays anglo-saxons où le terme y est d'abord utilisé par les psychiatres (Reynaud, 2006).

Pour Panunzi-Roger (1993), « La toxicomanie est un état psychique et quelquefois également physique résultant de l'interaction entre un organisme vivant et un médicament, se caractérisant par des modifications du comportement et par d'autres réactions qui comprennent toujours une pulsion à prendre le médicament de façon continue ou périodique, afin de retrouver ses effets psychiques et quelquefois d'éviter le malaise de la privation » (cité par Chabert, Ciavaldini, Jeammet, & Schenckery, 2006, pp.174-175). Un toxicomane est donc quelqu'un de dépendant, psychologiquement et physiquement, mais selon Chabert et al. (2006), de nos jours, est toxicomane celui qui consomme des produits illicites. Il apparaît donc important de parler d'addiction, terme qui « se réfère exclusivement à la dimension de dépendance à une substance psychoactive au sens de pharmacodépendance » (Chabert et al., 2006, p.175).

Pour Corcos et Jeammet (2000) : « Les addictions sont certainement parmi les conduites qui concernent la psychopathologie celles qui interrogent le plus le clinicien sur les frontières entre le normal et le pathologique [...]. C'est probablement parce que ce sont celles qui apparaissent le plus intimement liées à cette capacité propre à l'espèce humaine de détourner de leurs finalités naturelles un certains nombre de ses fonctions physiologiques : la faim, la soif, la sexualité, la régulation du plaisir et de l'alternance tension/détente ou la recherche de sensations » (cité par Corcos, Flament, & Jeammet, 2003, pp. 28-29).

L'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) tente de définir le terme de « toxicomanie » puis celui de « pharmacodépendance » depuis 1931. L'idée qui en ressort est l'impact, aussi bien physique que psychique, laissé par le toxique sur le sujet. Dès 1950, l'OMS souligne, dans sa définition, le besoin irrépressible de poursuivre la consommation du toxique que la personne se procure coûte que coûte et le besoin d'en prendre toujours plus. (Chabert et al., 2006, p.174). Le terme de « dépendance » n'apparaît qu'en 1965. Il remplace celui de « toxicomanie » ou d'« accoutumance ». Selon le comité d'experts de l'OMS, la dépendance est : « une sujétion à la prise d'une drogue dont la suppression entraîne un malaise psychique et/ou des troubles physiques, et comme un désir d'absorber périodiquement ou continuellement une substance pour en retirer du plaisir ou pour dissiper une sensation de malaise » (cité par Corcos et al., 2003, p.27). Puis, en 1974, l'OMS adopte le terme de « pharmacodépendance ».

*Le Grand Dictionnaire de la Psychologie* prend en compte les addictions comportementales. Il définit le terme d'addiction comme une « situation de dépendance vécue subjectivement comme aliénante, toute l'existence du sujet se trouvant centrée autour de la répétition d'une expérience, au détriment d'investissements affectifs ou sociaux. La notion d'addiction englobe celles de « toxicomanie » et de « dépendance », mais dépasse le cadre de la dépendance à des substances psychoactives, pour s'étendre aux toxicomanies sans drogue, ou addictions comportementales. »

En 1990, Goodman (cf. tableau 1) définit l'addiction de façon opératoire en s'inspirant du diagnostic des troubles mentaux du DSM-IV. Selon lui, l'addiction est : « un processus dans lequel est réalisé un comportement qui peut avoir pour fonction de procurer du plaisir et de soulager un malaise intérieur et qui se caractérise par l'échec répété de son contrôle et sa persistance en dépit des conséquences négatives » (cité par Varescon, 2005, p.13).

L'addiction représente donc « l'impossibilité répétée de contrôler un comportement et la poursuite d'un comportement en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives. » (Reynaud, 2006, p.4). Le terme s'emploie à l'heure actuelle pour parler de consommation pathologique de substances : alcool, drogues, médicaments (Reynaud, 2006).

#### **1.4.2. Le point sur les addictions aux substances**

Selon Valleur et Matysiak (2004), les produits consommés ont été une tentative de solution avant de devenir un problème pour les personnes dépendantes. Problème pour la santé physique mais aussi pour la santé psychique.

##### *1.4.2.1. Les addictions aux substances : un problème de santé publique*

Une consommation importante d'alcool accroît les risques de déficience cognitive, de dommages causés au foie, plus précisément de cirrhoses et de maladies cardio-vasculaires (English et al., 1995, cités par Degenhardt & Hall, 2001). Les cancers des voies aéro-digestives et de l'œsophage (en association avec le tabac) et les psychoses alcooliques sont les causes de décès les plus directement liées à l'alcool (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, INSERM, 2010). Même si le diagnostic d'alcoololo-dépendance est plus fréquent parmi les hommes, les femmes alcoololo-dépendantes ont plus de risques de mourir de causes liées à la consommation d'alcool que les hommes alcoololo-dépendants (Blumes, Frances, & Miller, 1998 ; Greenfield, 1996) (cités par Back, Sonne, Killeen, Dansky & Brady, 2003). De 1990 à 2005, les décès liés aux psychoses alcooliques sont en augmentation parmi les femmes de la région Midi-Pyrénées. Cependant, pour les hommes comme pour les femmes de Midi-Pyrénées, les taux de mortalité liés à l'alcool sont inférieurs aux taux que l'on retrouve pour la France (INSERM, 2010).

#### **Tableau 1 : Critères diagnostiques du trouble addictif**

- 
- A. Echecs répétés de résister à l'impulsion d'entreprendre un comportement spécifique
  - B. Sentiment de tension augmentant avant de débiter le comportement
  - C. Sentiment de plaisir ou de soulagement en entreprenant le comportement
  - D. Sentiment de perte de contrôle pendant la réalisation du comportement
  - E. Au moins cinq des items suivants :

1. Fréquentes occupations liées au comportement ou aux activités préparatoires à sa réalisation
  2. Fréquence du comportement plus importante ou sur une période de temps plus longue que celle envisagée
  3. Efforts répétés pour réduire, contrôler ou arrêter le comportement
  4. Importante perte de temps passé à préparer le comportement, le réaliser ou récupérer de ses effets
  5. Réalisation fréquente du comportement lorsque des obligations occupationnelles, académiques, domestiques ou sociales doivent être accomplies
  6. D'importantes activités sociales, occupationnelles ou de loisirs sont abandonnées ou réduites en raison du comportement
  7. Poursuite du comportement malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par ce comportement
  8. Tolérance : besoin d'augmenter l'intensité ou la fréquence du comportement pour obtenir l'effet désiré ou effet diminué si le comportement est poursuivi avec la même intensité
  9. Agitation ou irritabilité si le comportement ne peut être poursuivi
- F. Certains symptômes de trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée (Goodman, 1990, cité par Reynaud, 2006, p.4).
- 

Pour ce qui est de la consommation de cannabis, elle accroît les risques de contracter un cancer de la bouche ou de la gorge (Zhang et al., 1999, cités par Degenhardt & Hall, 2001). Une consommation aigue ou chronique est liée aux risques suivants : « altération de l'attention et de la mémoire ; troubles de la réalisation de tâches psychomotrices (travail scolaire, conduite automobile, etc.) ; facteur d'aggravation de toutes les psychopathologies (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, troubles de l'humeur et troubles anxieux, etc.) ; risque lié à l'intoxication tabagique concomitante mais également aux effets propres du cannabis favorisant l'athérosclérose, la bronchite chronique, les artériopathies, augmentation du risque de cancers » (INSERM, 2010).

La consommation de substances a aussi des répercussions sur la conduite automobile. Associée à cette dernière, alcool et cannabis sont considérés comme des fléaux. En Midi-Pyrénées, pour 9,9 % des accidents de la circulation avec blessés le conducteur a consommé de l'alcool (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, OFDT, 2008). Toujours selon l'OFDT, parmi les conducteurs au volant de leur voiture, 2,7 % rouleraient sous l'emprise de l'alcool et quasiment 3 % sous l'emprise du cannabis. Ce qui multiplie le risque de causer un accident mortel



par huit et demi avec l'alcool et par deux avec le cannabis. Près de 3 % des accidents ayant causé la mort impliquent le cannabis, soit 230 morts par an (28,6 % avec l'alcool) (OFDT, 2005).

Enfin, la consommation de drogues par injection est quant à elle souvent associée à des niveaux de morbidité et de mortalité plus élevés (Camoni et al., 2010 ; Fischer, Manzoni, & Rehm, 2006 ; Fuller et al., 2002 ; Gossop, Griffiths, Powis, & Strang, 1992 ; Strang et al., 1998). Elle accroît le risque de contracter une hépatite C ou le virus du Sida (Franques, Auriacombe, & Tignol, 2000) ainsi que le nombre de décès par overdose (INSERM, 2010), par exemples. Plusieurs facteurs sont associés à l'injection de drogues comme les caractéristiques personnelles tels un faible niveau scolaire, la polytoxicomanie et les comportements sexuels à risque mais aussi des facteurs sociaux tels qu'avoir un partenaire ou un ami qui s'injecte des drogues (Dunn & Laranjeira, 1999 ; Neaigus et al., 2001).

#### *1.4.2.2. Les habitudes de consommation en Midi-Pyrénées versus en France*

Bien que la consommation d'alcool en Midi-Pyrénées ait tendance à baisser, toutes les classes d'âges sont concernées. En population adulte, c'est-à-dire parmi les 15-75 ans, la consommation quotidienne s'élève à 18 % en Midi-Pyrénées vs. 14,4 % en France ( $p < 0,001$ ). Les chiffres concernant les ivresses répétées et la consommation à risque en Midi-Pyrénées sont proches des ceux de la France avec respectivement 6 % d'ivresses répétées versus 5,7 % et 9 % de consommation à risque versus 8,5 % (OFDT, 2008).

La consommation de cannabis en population adulte (de 15 à 65 ans) s'élève à un tiers des habitants de Midi-Pyrénées vs. 30,6 % pour la France (Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé, INPES, 2005).

Concernant la consommation de produits psychoactifs autre que le cannabis, une étude menée en 2006 parmi les 15-64 ans de l'agglomération toulousaine évaluait à 5400 le nombre de consommateurs de drogues à problème, soit 10 habitants pour 1000. Ces chiffres sont proches de ceux des autres agglomérations de l'étude. La consommation de produits psychoactifs reste donc rare. Elle représente de 1 à 4 % des jeunes de 17 ans en fonction des produits, sauf pour le Poppers qui est consommé par 13 %. La consommation de Poppers a été multipliée par trois en cinq ans.

Parmi les 15-64 ans, 3 % consomment de la cocaïne et 2 % de l'ecstasy. Les expérimentateurs sont là aussi à prédominance masculine (OFDT, 2008).

#### *1.4.2.3. La psychopathologie des addictions aux substances*

Outre les risques pour la santé physique et les risques d'accidents de la voie publique, la consommation de substances entraîne également des risques en termes de psychopathologie.

Pour certains auteurs, la plupart des personnes dépendantes aux opiacés souffre de troubles psychiatriques en plus de leur dépendance. Les résultats de leurs recherches montrent que 80 à 85 % des dépendants en traitement de substitution par méthadone ont des troubles psychiatriques en plus de leur dépendance opiacée. Les troubles les plus courants sont la dépression (entre 50 et 60 %), le trouble de la personnalité antisociale (entre 20 et 50 %), la dépendance à l'alcool (entre 20 et 25 %) et les troubles anxieux (entre 10 et 20 %) (Rounsaville, Weissman, Crits-Christoph, Wilber, & Kleber, 1982 ; Woody et al., 1983 ; Khantzian & Treece, 1985, cités par Woody, McLellan, & O'Brien, 1990).

Aussi, la consommation problématique de substances est associée à l'aggravation des symptômes ou au risque de rechute (Carey, Carey, & Meisler, 1991), au fait d'être sans domicile fixe ou à logement instable (Drake et al., 1991), à une faible observance au traitement (Pristach & Smith, 1990), à l'accroissement du fardeau pour la famille du malade (Clark, 1994) et à l'augmentation des coûts du traitement (Bartels et al., 1993) (cités par Degenhardt & Hall, 2001).

Enfin, les personnes abusant de substances sont plus susceptibles de divorcer, ont plus de difficultés à contrôler un comportement violent et sont plus susceptibles d'avoir des parents ayant des problèmes d'abus de substances que les personnes n'ayant pas de problème d'abus de substances (Davis & DiNitto, 1996). Par ailleurs, deux problèmes distinguent significativement les femmes dépendantes de substances des hommes dépendants de substances : le nombre d'hospitalisations pour des problèmes psychiatriques et les problèmes familiaux sont liés à l'abus de substances ; les femmes sont plus susceptibles d'avoir des parents ayant eu des problèmes psychiatriques et ont reçu plus de traitements psychiatriques en externe (Davis & DiNitto, 1996).

#### *1.4.2.4. Etude préliminaire sur les addictions et la personnalité*

Du fait que l'on retrouve des troubles de la personnalité et plus précisément le trouble de la personnalité borderline parmi les personnes ayant subi des événements traumatiques, nous avons mené une étude préliminaire sur les addictions et la personnalité intitulée « Différences de personnalité entre injecteurs de drogues et non-injecteurs parmi des patients dépendants de substances en traitement de substitution » (cf. annexe 5.1).

Afin de réaliser cette étude préliminaire, les données ont été collectées auprès de patients en ambulatoire d'un centre de soins aux dépendances et dans le Service des Maladies Infectieuses et Tropicales du Centre Hospitalier Universitaire de Toulouse sur une période de cinq mois.

Les patients sous traitement de substitution ou venant d'être admis dans le programme de traitement ont été recrutés. Les participants sont dépendants d'une substance ou plus, consommateurs de drogues ou en rémission, injecteurs ou non-injecteurs (c'est-à-dire ne se sont jamais injectés de substances ou seulement une ou deux fois) et âgés de plus de 18 ans. Un échantillon de 51 personnes dépendantes de substances a été approché et 11 personnes ont refusé de participer. Le diagnostic de dépendance à une substance a été fait selon les critères du DSM-IV.

Des taux élevés de troubles de la personnalité sont retrouvés dans les deux groupes, en particulier les troubles de la personnalité borderline et paranoïaque. Les injecteurs rapportent plus de troubles de la personnalité et sont plus susceptibles de souffrir d'un trouble de la personnalité borderline. Il est possible que l'injection ne soit pas simplement un choix de mode de prise du produit mais aussi un indicateur de psychopathologie plus sévère. Le rôle du trouble de la personnalité borderline dans l'usage de substances fournit un support pour l'utilité de l'approche catégorielle de la personnalité dans l'abus de substances et suggère l'importance d'interventions spécifiques pour cibler les individus avec des comorbidités.

## **1.5. Les expériences d'allure psychotique**

### **1.5.1. Définition des expériences d'allure psychotique**

Stefanis et al., (2002) ont créé le Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE). Cet instrument, que nous détaillerons plus loin (cf. 2.5.4), comprend trois dimensions de

symptômes de la psychose : la dimension de symptômes positifs, la dimension de symptômes négatifs et la dimension de symptômes dépressifs. Alors que les symptômes positifs de la psychose correspondent aux délires et aux hallucinations, les symptômes négatifs correspondent à un appauvrissement du discours, de la pensée et moteur.

Les expériences d'allure psychotique comprennent trois types d'expériences : les expériences bizarres (comme entendre des voix en étant seul), les idées de persécutions (comme avoir l'impression qu'un complot est dirigé contre soi) et la pensée magique (comme les croyances en la télépathie) (Yung et al., 2006, cités par Yung et al., 2007).

Selon Yung et al. (2007), les expériences d'allure psychotique sont utilisées pour identifier les individus considérés comme étant à Risque Ultra Elevé (Ultra High Risk, UHR) de, ou prodromique pour, un trouble psychotique. Elles sont également communes dans la population générale et dans des échantillons cliniques d'individus non-psychotiques. Des auteurs suggèrent que les expériences d'allure psychotique pourraient être des formes plus douces de symptômes cliniques psychotiques, c'est-à-dire qu'elles sont quantitativement plutôt que qualitativement différentes (van Os et al., 2000 ; Yung et al., 2005) (cités par Yung et al., 2007). Elles peuvent différer, par exemple, en intensité, en fréquence et/ou par le niveau de détresse associé (Yung et al., 2007).

### **1.5.2. Le point sur les expériences d'allure psychotique**

En terme de sévérité de la psychopathologie, il nous est parut pertinent d'étudier des dimensions de symptômes de la psychose.

Les expériences d'allure psychotique trouvées parmi des échantillons communautaires se sont révélées être associées avec le début des troubles psychotiques dans des études de suivis longitudinales (Chapman et al., 1994 ; Poulton et al., 2000) (cités par Yung et al., 2007). Les expériences d'allure psychotique parmi les populations à Risque Ultra Elevé (c'est-à-dire supposées prodromiques) sont également associées avec le début des troubles psychotiques dans des études de suivis longitudinales (Haroun et al., 2006 ; Mason et al., Miller et al., Yung et al., 2003, 2004) (cités par Yung et al., 2007). Ces échantillons à Risque Ultra Elevé diffèrent des échantillons communautaires dans le fait que les individus, en plus de présenter des expériences d'allure psychotique, sont généralement en recherche d'aide et en détresse (Yung et al., 2007). Les

expériences d'allure psychotique sont également présentes dans des échantillons non-cliniques (Olfson et al., 2002 ; Verdoux et al., 1998, 1999 ; Yung, Stanford et al., 2006) (cités par Yung et al., 2007).

Les personnes souffrant de schizophrénie sont plus susceptibles de présenter un abus de substances (Negrete, 2003). Selon Anthony et Helzer (1991), le taux de schizophrénie est 3,4 fois plus élevé parmi les personnes qui ont un trouble lié à la consommation d'alcool et 5,9 fois plus élevé parmi les personnes ayant un trouble lié à la consommation de drogues (cités par Degenhardt & Hall, 2001).

Dans une recherche de Reno (2004), les patients en ambulatoire présentant une schizophrénie sont principalement différenciés des patients dépendants de substances par leur amabilité tandis que ceux présentant un abus de substances sont plus extravertis et montrent une prédominance de troubles de la personnalité du cluster B.

Des auteurs ont montré l'association entre l'exposition au traumatisme, plus précisément, l'exposition aux abus vécus dans l'enfance et les symptômes psychotiques, dans des populations cliniques et non-cliniques (Ross, Anderson, & Clark, 1994 ; Janssen et al., 2004 ; Read, van Os, Morrison, & Ross, 2005 ; Whitfield, Dube, Felitti, & Anda, 2005 ; Shevlin, Dorahy, & Adamson, 2007). Par exemple, Janssen et al. (2004) ont réalisé une étude longitudinale auprès de 4000 adultes de la population générale. Ils ont trouvé que des antécédents d'abus vécus dans l'enfance augmentent le risque de développement ultérieur de symptômes psychotiques par 10. Pour d'autres, les symptômes psychotiques sont associés à des événements traumatiques autres que les abus vécus dans l'enfance (Bebbington et al., 2004 ; Spauwen, Krabbendam, Lieb, Wittchen, & van Os, 2006 ; Scott, Chant, Andrews, Martin, & McGrath, 2007).

Pour Scott et al. (2007), les individus exposés à des événements traumatiques et les individus exposés à un nombre plus élevé de types différents d'événements traumatiques, sont plus susceptibles de rapporter des expériences délirantes. De même, les individus ayant développé un ESPT après avoir été confrontés à un événement traumatique sont plus susceptibles de rapporter des expériences délirantes. L'association entre le traumatisme, l'ESPT et les expériences délirantes persiste même après avoir contrôlé les facteurs connus comme étant associés aux symptômes psychotiques. L'association reste significative pour tous types de traumatismes, incluant ceux plus

susceptibles de se produire pendant l'enfance (attouchements sexuels) ou à l'âge adulte (agressions).

Parmi 92 patients ayant vécu un traumatisme, 60 ont été abusés dans l'enfance. On retrouve chez ces 60, des hallucinations, des troubles de la pensée et des symptômes psychotiques négatifs que l'on ne retrouve pas chez les non-abusés. Quant aux abus physiques vécus à l'âge adulte, ils sont liés aux hallucinations, aux idées délirantes et aux troubles de la pensée (Read, Agar, Argyle, & Aderhold, 2003).

Le fait d'avoir expérimenté un événement traumatique est associé à une probabilité presque cinq fois plus élevée de présenter des hallucinations verbales et quasiment la moitié du risque de présenter des pensées paranoïaques (Freeman & Fowler, 2009). Toujours d'après l'étude de Freeman et Fowler (2009), les expériences d'allure psychotique ont les associations les plus fortes avec les abus sexuels de l'enfance et de façon inattendue, avec les événements où l'individu a seulement été témoin.

Le traumatisme et la psychose sont associés à la consommation de drogues illicites, en particulier la consommation de cannabis (Kendler et al., 2000 ; Henquet, Di Forti, Murray, & van Os, 2008, cités par Freeman & Fowler, 2009).

Les résultats d'une étude menée auprès d'australiens atteints d'une psychose (c'est-à-dire ayant rapporté au moins trois symptômes psychotiques) montrent qu'ils sont plus susceptibles de consommer du tabac, du cannabis et de l'alcool régulièrement et de présenter un trouble lié à l'utilisation de substances que les australiens ne présentant pas de symptôme de la psychose (Degenhardt & Hall, 2001).

Des recherches ont exploré le type de produits consommés et les symptômes psychotiques. Une consommation précoce de cannabis durant l'adolescence est associée au risque d'avoir des expériences psychotiques positives et négatives (Stefanis et al., 2004). Les dépendances au cannabis et à l'alcool sont associées aux expériences délirantes (Degenhardt & Hall, 2001). L'alcool, la cocaïne, les amphétamines, les hallucinogènes et le cannabis peuvent produire des réactions psychotiques chez des individus sains, c'est-à-dire ne présentant pas de maladies mentales sévères (Caton, Samet, & Hasin, 2000). Selon Verdoux, Sorbara, Gindre, Swendsen et van Os (2002), la consommation de cannabis peut entraîner l'apparition de symptômes positifs de la psychose chez

des sujets sans psychose clinique et les consommateurs de cannabis ont des niveaux de symptômes négatifs de la psychose plus élevés que les non-consommateurs.

Les individus présentant des troubles psychiatriques sévères comme la schizophrénie, sont encore plus vulnérables à l'exposition au traumatisme. Le taux de traumatismes vécus par les personnes souffrant de maladies mentales sévères s'élève à 98 % (Resnick et al., 2003).

Les taux d'abus physiques et sexuels observés parmi les femmes souffrant de maladies mentales sévères ou parmi les femmes souffrant d'abus de drogues sans maladie mentale sévère sont considérablement plus élevés que les taux observés parmi les femmes de la population générale. Ces taux varient de 52 % à 55 % d'abus sexuels et de 36 % à 47 % d'abus physiques parmi des femmes souffrant de maladies mentales sévères (Mueser et al., 1998 ; Coverdale & Turbott, 2000, cités par Gearon et al., 2003). Parmi les femmes souffrant de troubles liés à l'utilisation de drogues, les taux varient de 44 % à 59 % d'abus sexuels et de 55 % à 67 % d'abus physiques (Fullilove et al., 1993 ; Dansky et al., 1996 ; Cottler & Nishith, 2001, cités par Gearon et al., 2003). En population générale, les taux de femmes abusées sexuellement varient de 7 % et 13 % et de 7 % à 12 % pour les taux de femmes abusées physiquement (Norris, 1992 ; Resnick, Kilpatrick, Dansky, Saunders, & Best, 1993 ; Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995, cités par Gearon et al., 2003).

## **1.6. Résumé de la revue de la littérature et perspectives**

Notre revue de la littérature nous informe que nombre de recherches portent sur l'exposition à des événements traumatiques, plus précisément, sur l'exposition à des événements traumatiques comme source de maladies physiques mais aussi psychiques (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Rosenberg et al., 2000). De plus, la prévalence des événements traumatiques, tout type d'évènement confondu, a été largement étudiée aussi bien en population générale (Vaiva, Jehel et al., 2008) que clinique (Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012). Dans leur étude, Vaiva, Jehel et al. (2008) retrouvent que 30,2 % des français ont été confrontés à un événement traumatique au cours de leur vie. La prévalence, plus spécifique, des abus physiques et sexuels, qu'ils soient vécus durant l'enfance et/ou l'adolescence ou à l'âge adulte a, elle aussi, été très explorée (Teusch, 2001). Des auteurs ont exploré l'existence de ces types d'abus auprès de populations de dépendants de substances (Briere, 1998, cité par Teusch, 2001), de patients souffrant de maladies mentales sévères

telles la schizophrénie ou les troubles bipolaires ou encore auprès d'individus souffrant de troubles liés à l'utilisation d'alcool ou de drogues (Mueser et al., 2001). Alors qu'il nous paraît important de comparer la fréquence des événements traumatiques et la détresse péritraumatique associée parmi des sujets dépendants et des sujets témoins afin d'améliorer nos connaissances en matière de psychotraumatisme et de symptômes caractéristiques des dépendants de substances, à ce jour aucune étude ne porte sur le sujet.

Il existe des comorbidités importantes entre les populations de sujets présentant un ESPT consécutif à un événement traumatique et les populations de sujets dépendants de substances. Ces dernières sont plus à risque de comorbidités psychiatriques que la population générale ou que les populations cliniques sans dépendance aux substances. Plus précisément, les dépendants de substances sont plus vulnérables aux événements traumatiques, aux expériences psychotiques et aux troubles de la personnalité.

Sachant que les dépendants de substances souffrent souvent de troubles comorbides, nous explorerons également les expériences d'allure psychotique ainsi que la perturbation de la personnalité pour confirmer que les dépendants présentent une psychopathologie plus sévère que les témoins. Des recherches ont constaté la présence d'au moins un trouble de la personnalité parmi 29 % des individus souffrant d'un trouble lié à l'utilisation d'alcool et parmi 48 % des individus souffrant d'un trouble lié à l'utilisation de drogues. Les troubles de la personnalité les plus fréquents sont les troubles de la personnalité antisociale et borderline (Grant et al., 2004).

Les troubles de la personnalité sont, eux aussi, associés aux événements traumatiques. Des recherches ont trouvé que les troubles de la personnalité sont fonction du type d'événements vécus (Golier et al., 2003). Il nous paraît donc pertinent de mêler la perturbation et les troubles de la personnalité aux événements traumatiques et à la détresse péritraumatique associée parmi les dépendants de substances.

En ce qui concerne les expériences d'allure psychotique, elles sont souvent associées avec le début des troubles psychotiques (Yung et al., 2007) et se retrouvent aussi bien auprès d'échantillons cliniques que non-cliniques (Verdoux et al., 1998, 1999). Elles sont fréquentes parmi les individus présentant des troubles liés à l'utilisation de substances (Stefanis et al., 2004). Plus l'individu consomme tôt et plus il est susceptible d'expérimenter des expériences psychotiques positives et



négatives (Stefanis et al., 2004). Aussi, des recherches ont trouvé une association positive entre l'exposition traumatique et les symptômes psychotiques (Shevlin et al., 2007). De plus, les individus exposés à des événements traumatiques ainsi que les individus exposés à un nombre plus élevé de types d'événements différents sont plus susceptibles de rapporter des expériences psychotiques positives ou expériences délirantes (Scott et al., 2007). Enfin, les expériences d'allure psychotique sont aussi liées à l'ESPT. Les individus présentant un ESPT sont plus susceptibles de présenter des expériences délirantes que les individus sans ESPT (Scott et al., 2007). Mais ces études n'ont pas exploré, à notre connaissance, la détresse péritraumatique parmi des individus dépendants présentant des expériences d'allure psychotique.

Bien que les événements traumatiques soient fréquemment observés dans diverses populations, tous les individus exposés à un événement traumatique ne développent pas forcément un ESPT (Sartor et al., 2010). L'une des variables qui pourrait prédire la sévérité des symptômes d'ESPT à la suite d'un événement traumatique est la détresse péritraumatique. Cependant, très peu de recherches encore se sont intéressées au rôle de la détresse péritraumatique consécutive à un événement traumatique (Allenou et al., 2010 ; Berna, Vaiva, Ducrocq, Duhem, & Nandrino, 2012 ; Birmes, Brunet, Benoit et al., 2005 ; Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Bui, Brunet et al., 2010 ; Bui, Joubert et al., 2010 ; Bui, Tremblay, 2010 ; Bui et al., 2011 ; Fikretoglu et al., 2006 ; Jehel et al., 2006 ; Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012 ; Letamendia et al., 2012 ; Mutabaruka, Séjourné, Bui, Birmes, & Chabrol, 2011 ; Thomas, Saumier, & Brunet, 2012 ; Vaiva, Lestavel, & Ducrocq, 2008). Pourtant, il semble que la détresse péritraumatique ait une place importante parmi les événements traumatiques puisqu'elle prédirait aussi bien la gravité des troubles post-traumatiques que leur durée (Allenou et al., 2010 ; Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Bui et al., 2011 ; Bui, Brunet et al., 2010 ; Bui, Joubert et al., 2010 ; Brunet et al. 2001 ; Jehel et al., 2006 ; Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012 ; Letamendia et al., in press ; Thomas et al., 2012 ; Shalev et al., 1996, cité par Jehel et al., 2005 ; Vaiva, Lestavel et al., 2008). Aussi, il n'existe pas, à notre connaissance, d'étude ayant exploré la détresse péritraumatique auprès de patients souffrant de troubles liés à l'utilisation de substances. C'est pourquoi nous proposons d'étudier les événements traumatiques et la détresse péritraumatique associée parmi des sujets dépendants de substances.

A la suite de ces études, il apparaît donc important d'explorer la détresse péritraumatique, non encore explorée parmi les dépendants de substances, afin de mieux connaître les symptômes caractéristiques de ces sujets, de cibler les individus à risque d'ESPT et ainsi d'améliorer leur prise

en charge thérapeutique. Nous allons donc comparer les évènements traumatiques ainsi que la détresse péritraumatique et la psychopathologie associée parmi les sujets dépendants de substances et les sujets témoins.

## **2. Méthodologie**

### **2.1. Contexte**

De part ces recherches, nous nous proposons d'étudier les événements de vie traumatiques et la détresse péritraumatique associée parmi deux groupes de sujets : les dépendants de substances et les témoins. Sont également explorées, les expériences d'allure psychotique et la perturbation de la personnalité.

### **2.2. Objectifs et hypothèses**

#### **2.2.1. Objectif principal**

Evaluer la fréquence d'événements de vie traumatiques et la détresse péritraumatique associée, dans un groupe de dépendants de substances consultant dans des centres de soins aux dépendances.

#### **2.2.2. Objectif secondaire**

Examiner la présence d'expériences d'allure psychotique et la perturbation de la personnalité parmi les dépendants de substances.

#### **2.2.3. Hypothèses**

##### *2.2.3.1. Hypothèse principale*

Les dépendants de substances rapportent avoir été exposés à des événements traumatiques plus souvent et à un âge plus jeune que le groupe témoin.

### 2.2.3.2. *Hypothèse secondaire*

Plus la personne rapporte avoir été exposée à des événements traumatiques et ce, dès le plus jeune âge, plus la psychopathologie sera grande.

## 2.3. Méthode

Cette recherche est une étude transversale qui compare une population de personnes dépendantes de substances suivies en centres de soins aux dépendances, à une population témoin. Les deux groupes de participants sont appariés selon l'âge et le genre.

### 2.3.1. Participants

#### 2.3.1.1. *Critères d'inclusion des dépendants de substances*

Sont inclus dans le groupe des dépendants, les sujets de sexe masculin ou féminin, âgés d'au moins 18 ans, dépendants d'au moins un toxique autre que la nicotine et venus consulter dans un centre de soins aux dépendances.

#### 2.3.1.2. *Critères d'exclusion des dépendants de substances*

Sont exclus, les sujets mineurs, les refus de participation, les personnes étant dans l'incapacité de répondre aux questions, les personnes souffrant de retards mentaux ou de démences et les sujets non-dépendants.

#### 2.3.1.3. *Critères d'inclusion des sujets du groupe témoin*

Sont inclus dans le groupe témoin, les sujets de sexe masculin ou féminin, âgés d'au moins 18 ans et non-dépendants.

### 2.3.1.4. *Critères d'exclusion des sujets du groupe témoin*

Sont exclus, les sujets mineurs, les refus de participation, les personnes étant dans l'incapacité de répondre aux questions, les personnes souffrant de retards mentaux ou de démences et les sujets présentant une dépendance aux substances.

## 2.4. **Procédure**

Après avoir été informés sur la procédure de la recherche, chacun des participants des deux groupes a signé un consentement écrit.

### 2.4.1. **Les dépendants de substances**

Le recueil de données des dépendants de substances s'est effectué dans différents centres de soins aux dépendances de septembre 2008 à mars 2010 :

- à l'Espace d'Accueil et d'Informations sur les Dépendances (EAID) d'Albi (81) ;
- au Centre d'Accueil et de Soins aux Pharmacodépendances (CASAP) de Rodez (12) ;
- aux Chemins de la Landes – hôpitaux de Lannemezan (65) ;
- à la clinique d'alcoologie Saint Salvadou d'Albi (81).

L'EAID est un centre de soins spécialisé qui dépend de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Depuis 1832, la Congrégation des Filles du Bon Sauveur de Caen soigne les malades mentaux, rééduque les jeunes déficients auditifs, héberge les personnes âgées selon les principes de la morale chrétienne. La Fondation Bon Sauveur d'Alby a été créée dans le même esprit et dans le but de perpétuer les activités entreprises par la Congrégation. L'EAID accueille, informe, accompagne, évalue, soigne et oriente des patients en ambulatoire présentant des conduites addictives (avec ou sans substances).

Le CASAP est une unité de sevrage pour les addictions (alcool, drogues, médicaments). Tout comme l'EAID, le CASAP accueille, informe, accompagne, évalue, soigne et oriente les

patients. Le sevrage se fait soit en ambulatoire, soit par un séjour de trois semaines dans une unité psychiatrique fermée.

Les Chemins de la Landes est une structure dépendant des hôpitaux de Lannemezan. Tout comme les structures présentées ci-dessus, les Chemins de la Landes accueille, informe, accompagne, évalue, soigne et oriente les patients. La capacité d'accueil des Chemins de la Landes est de 20 chambres individuelles. Cette structure propose un accompagnement ambulatoire ou une cure d'une durée de cinq semaines avec des week-ends de permission. Les Chemins de la Landes effectue des thérapies de groupe et des entretiens individuels, propose un travail centré sur le corps (balnéothérapie, esthétique, sophrologie, drainage lymphatique, découverte de l'environnement et gymnastique) et un travail centré sur la dimension familiale.

La clinique d'alcoologie Saint Salvadou dépend elle aussi de la Fondation Bon Sauveur d'Alby. Son rôle est d'accueillir des adultes présentant des problèmes d'alcool. Tout comme les autres structures, elle informe, accompagne, évalue, soigne et oriente les patients. Le sevrage s'effectue soit par une hospitalisation, en hôpital de jour ou par consultation. Cette clinique propose, entre autre activité, des groupes d'informations, des groupes de relaxation, des groupes d'affirmation de soi, des entraînements aux habiletés sociales et des activités récréatives.

Les équipes de ces diverses structures sont pluridisciplinaires. Leur accueil nous a permis de prendre contact avec 119 patients. Quinze ont refusé de participer à la recherche, trois se sont désistés en cours de route et un patient est décédé. L'échantillon final se compose donc de 100 patients dépendants d'alcool et/ou de drogue(s).

### **2.4.2. Le groupe témoin**

Le recueil de données des sujets du groupe témoin s'est constitué, grâce au bouche à oreille, sur la période de septembre 2008 à mars 2011. Malgré 47 refus, nous avons recueilli 103 questionnaires. Parmi ce nombre, nous avons retiré cinq questionnaires : pour trois d'entre eux, les individus étaient consommateurs réguliers d'alcool et/ou de drogues (consommation quotidienne ou hebdomadaire) et pour deux questionnaires les données semblaient incohérentes et deux réponses étaient considérées suspectes selon une des échelles de validité du Personality Diagnostic

Questionnaire (4<sup>ème</sup> version) (instrument que nous présenterons en seconde partie, point 2.5.5). L'échantillon du groupe témoin se compose donc de 98 participants.

## 2.5. Mesures

### 2.5.1. Les événements de vie traumatiques

Le Trauma History Questionnaire (THQ ; Green, 1996 ; Saint-Lèbes, Rodgers, Bordas, & Schmitt, 2008, non publié), est un questionnaire auto-administré qui mesure l'histoire de l'exposition à des événements traumatiques pouvant présenter les critères A1 de l'Etat de Stress Post Traumatique du DSM-III-R et du DSM-IV. Le THQ se compose de 24 items en vrai/faux listant des événements traumatiques dont un item « Autre » où le sujet doit préciser s'il a été confronté à un événement non mentionné dans le questionnaire. Le THQ comprend trois grandes parties : les événements liés à la criminalité (par exemple, les vols et les agressions), les catastrophes générales et le traumatisme (par exemple, les blessures, les catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme, être témoin de la mort de quelqu'un), les abus physiques et sexuels. Pour chaque partie, le sujet répond s'il a subi un événement et indique le nombre de fois et l'âge approximatif de la première exposition à cet événement. Pour la plupart des questions, il est demandé des précisions. Par exemple, si la personne a vu quelqu'un gravement blessé ou se faire tuer, qui était-ce ? Pour la partie sur les abus physiques et sexuels, le sujet répond également si oui ou non il a été confronté à l'événement, si oui, le nombre de fois et l'âge approximatif (Hooper, Stockton, Krupnick, & Green, 2011). Dans la présente recherche, beaucoup de sujets répondaient dix fois ou plus de dix fois ou encore qu'ils n'avaient pas compté le nombre de fois, pour les abus physiques et/ou sexuels surtout. Nous avons donc décidé de créer la variable chronicité. Il suffit alors de coter 1 lorsque l'événement a été vécu dix fois ou plus et 0 lorsqu'il a été vécu moins de dix fois. Etant donné le nombre de réponses imprécises à ces questions, si nous les avons ignorées, nous nous serions trouvés confrontés à un nombre de réponses manquantes très élevé.

Les items du THQ portent principalement sur des situations impliquant la menace vitale, l'atteinte à l'intégrité physique, la mort tragique, accidentelle d'un proche ou le fait d'assister à la mort de quelqu'un ou d'être témoin de violences, ce qui montre, selon Green (1993), leur statut traumatique.

En ce qui concerne la cotation, les 24 items du THQ peuvent donner un score total correspondant au nombre et au type d'évènements vécus ou des sous scores calculés en additionnant les évènements liés à la criminalité (4 items), les catastrophes générales et le traumatisme (13 items) et les abus physiques et sexuels (6 items). Comme mentionné précédemment, un item permet de rapporter les évènements « Autres ». En règle générale, cet item n'est pas coté mais si la réponse fournie contient des informations importantes et paraît pertinente à scorer dans l'un des 23 autres items, l'investigateur peut en retirer des informations en veillant au respect de la confidentialité des réponses. La cotation la plus fréquente consiste à coter le nombre de types d'évènements vécus et/ou faire des sous scores par type d'évènements. Cette cotation s'adresse à des investigateurs qui s'intéressent au nombre de types de traumatismes interpersonnels ou sexuels auxquels le sujet a été exposé.

Pour ce travail de thèse, la variable « exposition traumatique » a été créée. Il s'agit de multiplier par trois les évènements vécus avant 11 ans (puberté), par deux, les évènements vécus de 12 à 17 ans (adolescence), par un les évènements vécus dès 18 ans (âge adulte) et d'additionner le tout pour obtenir le score d'exposition traumatique. La pondération par un, deux ou trois a été décidée en fonction de périodes de la vie que nous avons jugées comme étant importantes, charnières, de par leur utilisation dans les recherches sur le traumatisme.

Le THQ est un questionnaire dont l'utilisation est largement répandue. Il peut aussi bien être utilisé dans la pratique clinique que dans la recherche et dans n'importe quel type de population, qu'elle soit générale ou clinique. Aussi, les données psychométriques du THQ montrent une fiabilité test-retest long intervalle (2-3 mois) de 0,70 (Green, 1995). Les coefficients de Kappa indiquant la validité de neuf items du THQ, en comparaison avec neuf items du SLESQ (Stressful Life Events Questionnaire ; Goodman, Corcoran, Turner, Yuan, & Green, 1998) varient entre 0,13 et 1,00. Six sur neuf sont significatifs à  $p < 0,05$  et varient de 0,60 à 1,00. Ils sont donc bons à excellents.

### **2.5.2. La détresse péritraumatique**

Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI ; Brunet et al., 2001 ; Jehel et al., 2005) est un auto-questionnaire composé de 13 items. Il mesure l'intensité de détresse émotionnelle survenue pendant et immédiatement après un évènement. Les 13 items se présentent sous la forme d'une



échelle de type Likert allant de 0 à 4 (0 = pas du tout vrai, 1 = un peu vrai, 2 = assez vrai, 3 = très vrai et 4 = extrêmement vrai). Le score du PDI varie de 0 à 52. Plus le score est élevé et plus la détresse péritraumatique est grande. Plus la détresse émotionnelle est élevée et plus le risque de développer un ESPT est grand. Un score total moyen est calculé en additionnant le score de tous les items que l'on divise par 13. La consigne donnée au sujet est « *ce que vous avez ressenti pendant et immédiatement après l'évènement critique* ». La stabilité temporelle test-retest est très satisfaisante (0,79) et la cohésion interne de la validation de la version française du PDI est bonne (0,83) (Jehel et al., 2005).

### 2.5.3. La dépendance à une substance

Afin d'étudier la dépendance aux substances nous avons utilisé la cinquième version de l'Addiction Severity Index (ASI ; McLellan et al., 1992 ; Grabot et al., 1992). L'ASI est un instrument précis et détaillé qui évalue les problèmes présents sous la forme d'un entretien semi-structuré composé d'une section « Informations générales » et de sept dimensions que l'on retrouve dans les toxicomanies (Martin et al., 1996). L'ASI prend en compte la situation biopsychosociale de l'individu sur deux périodes de sa vie : au cours des 30 derniers jours et toute la vie (Brisseau, Auriacombe, Franques, Daulouède, & Tignol, 1999). Les scores de ces sept dimensions (ci-après) varient de zéro (absence de problème) à un :

- Etat médical ;
- Emploi et ressources ;
- Consommation d'alcool ;
- Consommation de drogue(s) ;
- Situation légale ;
- Relations familiales et sociales ;
- Etat psychiatrique ou psychologique.

La section « Emploi et ressources » se score à l'inverse des autres, de 1 (absence de ressources) à 0. Les sections « Emploi et ressources » et « Relations familiales et sociales » ont permis de recueillir les données socio-démographiques.

L'ASI est utilisé aussi bien en pratique clinique que pour la recherche. Il est, en règle générale, apprécié par le répondant : « Les clients se sentent considérés, investis, respectés ou choyés par l'intervenant, compte tenu du temps et des énergies qu'on déploie pour cerner de façon

précise les caractéristiques et les difficultés qu'ils présentent. L'évaluation réalisée à partir de cet outil sécurise plusieurs d'entre eux. » (Menard & Hamel-Jutras, 1998, pp. 76).

L'ASI est un instrument de mesure fiable et valide (McLellan et al., 1985) : ses caractéristiques psychométriques satisfont aux critères scientifiques les plus exigeants. La fiabilité test-retest court intervalle (3 jours) est supérieure à 0,75.

### **2.5.4. Les expériences d'allure psychotique**

Le Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE ; Stefanis et al., 2002 ; Verdoux et al., 2002 ; <http://www.cape42.homestead.com/>) est un auto-questionnaire composé de 42 items mesurant trois dimensions de symptômes de la psychose : les symptômes positifs, négatifs et dépressifs. A chaque dimension de symptômes sont associés des items explorant la fréquence et la détresse de ces trois dimensions de symptômes. Le CAPE a été conçu pour évaluer l'existence, en population générale, d'expériences d'allure psychotique modérées dans des domaines affectifs et non-affectifs. Il est surtout basé sur le Peters Delusions Inventory (PDI ; Peters et al., 1999), lui-même conçu pour évaluer les idées délirantes dans la population générale (Hanssen et al, 2003).

Le CAPE permet d'obtenir soit trois scores de fréquence et trois scores de détresse pour les items positifs, négatifs et dépressifs par l'addition des réponses obtenues aux questions de fréquence et de détresse de ces trois différentes dimensions de symptômes. Les scores varient de 8 à 32 pour la fréquence ou la détresse des symptômes dépressifs, de 14 à 56 pour la fréquence ou la détresse des symptômes négatifs et de 20 à 80 pour la fréquence ou la détresse des symptômes positifs. Soit enfin un score total de fréquence ou de détresse des symptômes d'allure psychotique variant de 42 à 168 (Hanssen et al, 2003).

Les propriétés psychométriques du CAPE 42 sont satisfaisantes, sa consistance interne varie entre 0,78 et 0,83 (Brenner et al., 2007).

### **2.5.5. Les troubles de la personnalité**

Le Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ ; Hyler, 1994 ; Fontaine, Note, Lavenex, & Bouvard, 2002) est un auto-questionnaire évaluant les troubles de la personnalité selon les critères diagnostiques du DSM-IV :

- personnalité paranoïaque (utile 4) ;
- personnalité histrionique (utile 5) ;
- personnalité antisociale (utile 3 + B99 utile 3) ;
- personnalité obsessionnelle compulsive (utile 4) ;
- personnalité schizoïde (utile 5) ;
- personnalité narcissique (utile 5) ;
- personnalité évitante (utile 4) ;
- personnalité schizotypique (utile 5) ;
- personnalité borderline (utile 5) ;
- personnalité dépendante ;
- deux troubles de la personnalité non spécifiés (Annexe B du DSM-IV-TR) : personnalité dépressive (utile 5) et personnalité passive-agressive ou négativiste (utile 4) ;
- deux échelles de validité : Trop bon (utile 2) et Suspect (utile 1).

Le sujet doit répondre aux items du PDQ-4+ par vrai ou par faux. Un exemple d'item est « J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer ». Une réponse « vrai » aux items du PDQ-4+ correspond à une réponse pathologique, mis à part pour l'échelle de validité « image trop bonne » pour laquelle c'est la réponse « faux » qui est considérée pathologique pour trois items sur quatre. Par exemple : « Je n'ai jamais dit de mensonge ». Cette échelle de validité est conçue pour repérer les sujets qui tentent de donner une bonne image d'eux-mêmes. L'échelle de validité « questionnaire suspect » sert à déceler les sujets qui mentent. Un exemple d'item de cette échelle est : « Une guerre atomique ne serait peut-être pas une si mauvaise idée ». Pour coter le questionnaire, il faut reporter chaque réponse « vrai » sur une feuille de notation indiquant à quel trouble correspondent chacun des items. Pour la personnalité paranoïaque, par exemple, le sujet doit avoir au moins quatre items cotés « vrai » pour considérer que le trouble de la personnalité est présent. « Le score total du PDQ-4+ est un index général de perturbation de la personnalité. Le total est calculé en additionnant toutes les réponses pathologiques à l'exception des deux échelles de validité » (Bouvard, 2002, p.84). Fossati et al. (1998), proposent « un score total supérieur ou égal à 28 comme indice d'une probabilité d'un ou plusieurs troubles de la personnalité chez l'individu.

Davison, Leese, & Taylor (2001) suggèrent une note seuil à 25 [...], indice calculé sur un groupe de prisonniers » (cités par Bouvard, 2002, p.84).

A notre connaissance, les propriétés psychométriques de la version française n'ont pas été étudiées à ce jour. Les études de validation ont été effectuées pour les versions anglaises antérieures au DSM-IV. Elles montrent une fidélité test-retest court et long intervalle (cinq coefficients de kappa sur sept sont supérieurs à 0,50) et une consistance interne (entre 0,56 et 0,83) satisfaisantes (Bouvard, 2002).

### **2.6. Les analyses statistiques**

Les analyses statistiques sont réalisées à l'aide du logiciel IBM® SPSS® Statistics version 20.0.0.

Des tests T de Student sont utilisés pour comparer les moyennes des deux groupes. Lorsque la normalité des données et l'homogénéité des variances ne sont pas respectées, nous utilisons des tests non paramétriques comme le Mann-Whitney. Le Kolmogorov Smirnov permet de vérifier la normalité de la distribution des données. Des tests de Khi-deux permettent de calculer les fréquences. Des corrélations de Pearson ont été effectuées pour voir s'il existe des liens entre les variables. Enfin, des analyses de régressions linéaires permettent d'étudier la part de la variance expliquée.

### **3. Résultats**

#### **3.1. Description des deux groupes**

##### **3.1.1. Caractéristiques des deux groupes**

###### *3.1.1.1. Caractéristiques des dépendants de substances*

Le groupe de dépendants de substances se compose de 100 individus (69 hommes) âgés, en moyenne, de 41,7 ans (*Ecart-type*,  $ET = 10,8$ ). Trente pour cent des dépendants de substances ( $n = 30$ ) sont propriétaires (eux-mêmes ou leur famille) de leur logement. Cinquante quatre pour cent des dépendants de substances ( $n = 54$ ) ont un problème médical chronique qui perturbe leur vie. Trente cinq pour cent des dépendants de substances ( $n = 35$ ) prennent régulièrement un médicament pour ce problème physique. Dix huit pour cent des dépendants ( $n = 18$ ) reçoivent une pension pour une incapacité physique.

###### *3.1.1.2. Caractéristiques du groupe témoin*

Le groupe témoin se compose de 98 individus (71 hommes) âgés, en moyenne, de 41,2 ans ( $ET = 11,4$ ). Soixante deux pour cent des sujets du groupe témoin ( $n = 61$ ) sont propriétaires (eux-mêmes ou leur famille) de leur logement. Vingt six pour cent des sujets du groupe témoin ( $n = 25$ ) ont un problème médical chronique qui perturbe leur vie. Quinze pour cent des sujets du groupe témoin ( $n = 15$ ) prennent régulièrement un médicament pour ce problème physique. Quatre pour cent des sujets du groupe témoin ( $n = 4$ ) reçoivent une pension pour une incapacité physique.

##### **3.1.2. Etat civil des deux groupes**

###### *3.1.2.1. Etat civil des dépendants de substances*

Quatorze pour cent des dépendants de substances ( $n = 14$ ) sont mariés ; 2 % ( $n = 2$ ) sont remariés ; 2 % ( $n = 2$ ) sont veufs ; 5 % ( $n = 5$ ) sont séparés ; 22 % ( $n = 22$ ) sont divorcés ; 49 % ( $n = 49$ ) sont célibataires ; aucun n'est pacsé ( $n = 0$ ) ; 6 % ( $n = 6$ ) sont en union libre ou concubinage.

### 3.1.2.2. *Etat civil du groupe témoin*

Quarante quatre pour cent des sujets du groupe témoin ( $n = 43$ ) sont mariés. 3,1 % ( $n = 3$ ) sont remariés ; 4,1 % ( $n = 4$ ) sont veufs ; 1 % ( $n = 1$ ) est séparé ; 6,1 % ( $n = 6$ ) sont divorcés ; 31,6 % ( $n = 31$ ) sont célibataires ; 6,1 % ( $n = 6$ ) sont pacsés ; 4,1 % ( $n = 4$ ) sont en union libre ou concubinage.

### 3.1.3. **La sévérité des problèmes des deux groupes**

#### 3.1.3.1. *La situation légale des deux groupes*

Tous les dépendants de substances sont en centres de soins aux dépendances ( $n = 100$ ). Pour 6 % d'entre eux ( $n = 6$ ), l'admission en institution a été provoquée ou suggérée par le système judiciaire. Aucun participant du groupe témoin ( $n = 0$ ) n'est en institution. Sept pour cent des dépendants de substances ( $n = 7$ ) sont en période de probation vs. 0 % pour le groupe témoin ( $n = 0$ ). Au cours de leur vie, 24,8 % des dépendants de substances ( $n = 25$ ) ont été détenus versus 2 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 2$ ). ( $\chi^2 = (1, 197) = 22,4$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ont été détenus entre 1 et 288 mois et les sujets du groupe témoin entre 5,5 et 18 mois.

#### 3.1.3.2. *Le parcours de consommation des deux groupes*

##### 3.1.3.2.1. La consommation d'alcool des deux groupes

Au cours des 30 derniers jours, 27 % des dépendants de substances ( $n = 27$ ) n'ont pas consommé d'alcool (alcool toute utilisation, c'est-à-dire moins de cinq verres par jour) vs. 31,6 % des sujets du groupe témoin ( $n = 31$ ) ( $\chi^2 = (23, 198) = 69,1$  ;  $p = 0,000$ ). Les deux groupes de participants ayant consommé de l'alcool (toute utilisation) l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s). Sur toute la vie, le nombre d'années de consommation d'alcool (toute utilisation) varie entre 1 et 47 an(s) pour les dépendants de substances versus entre 1 et 40 an(s) pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 33 % des dépendants de substances ( $n = 33$ ) n'ont pas consommé plus de cinq verres d'alcool par jour vs. 79,6 % des sujets du groupe témoin ( $n = 78$ ) ( $\chi^2 = (20, 198) = 84,8$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ayant consommé plus de cinq verres

par jour (ou ayant ressenti les effets de l'alcool (maux de tête, ivresse)) l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s) versus pendant 1 à 20 jour(s) pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, le nombre d'années de consommation de plus de cinq verres par jour (ou ressentir les effets de l'alcool (maux de tête, ivresse)) varie entre 0,5 et 44 an(s) pour les dépendants de substances versus entre 2 et 32 ans pour les sujets du groupe témoin.

### 3.1.3.2.2. La consommation de drogue(s) des deux groupes

Au cours des 30 derniers jours, 91 % des dépendants de substances ( $n = 91$ ) n'ont pas consommé d'héroïne vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (7, 198) = 9,2$  ;  $p = 0,236$ ). Les dépendants de substances ayant consommé de l'héroïne l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s). Sur toute la vie, la consommation d'héroïne varie entre 1 et 30 an(s) pour les dépendants de substances vs. 0 pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 83 % des dépendants de substances ( $n = 83$ ) n'ont pas consommé de méthadone vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (6, 198) = 18,2$  ;  $p = 0,006$ ). Les dépendants de substances ayant consommé de la méthadone l'ont fait pendant 2 à 30 jours. Sur toute la vie, la consommation de méthadone varie entre 0,5 et 11 an(s) pour les dépendants de substances vs. 0 pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 83 % des dépendants de substances ( $n = 83$ ) n'ont pas consommé d'opiacés ou analgésiques vs. 98 % des sujets du groupe témoin ( $n = 96$ ) ( $\chi^2 = (7, 198) = 19,9$  ;  $p = 0,006$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des opiacés ou analgésiques l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s) versus pendant 5 à 10 jours pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation d'opiacés ou analgésiques varie entre 1 et 21 an(s) pour les dépendants de substances versus entre 10 et 40 ans pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 93 % des dépendants de substances ( $n = 93$ ) n'ont pas consommé de barbituriques vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (3, 198) = 7,1$  ;  $p = 0,068$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des barbituriques l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s). Sur toute la vie, la consommation de barbituriques varie entre 0,5 et 20 an(s) vs. 0 pour les sujets du groupe témoin.

## Résultats

Au cours des 30 derniers jours, 79 % des dépendants de substances ( $n = 79$ ) n'ont pas consommé de sédatifs, hypnotiques, tranquillisants vs. 98 % des sujets du groupe témoin ( $n = 96$ ) ( $\chi^2 = (7, 198) = 22,6$  ;  $p = 0,002$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des sédatifs, hypnotiques, tranquillisants l'ont fait pendant 3 à 30 jours versus pendant 3 à 5 jours pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation de sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, varie entre 1 et 26 an(s) versus 2 ans pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 88 % des dépendants de substances ( $n = 88$ ) n'ont pas consommé de cocaïne ou de crack vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (7, 198) = 12,5$  ;  $p = 0,085$ ). Les dépendants de substances ayant consommé de la cocaïne ou du crack l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s) versus 0 jour pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation de cocaïne ou de crack varie entre 1 et 30 an(s) versus 2 ans pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 97 % des dépendants de substances ( $n = 97$ ) n'ont pas consommé d'amphétamines vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (2, 198) = 2,0$  ;  $p = 0,368$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des amphétamines l'ont fait pendant 5 à 7 jours versus 0 jour pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation d'amphétamines varie entre 1 et 20 an(s) versus 0 pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 64 % des dépendants de substances ( $n = 64$ ) n'ont pas consommé de cannabis vs. 91,7 % des sujets du groupe témoin ( $n = 88$ ) ( $\chi^2 = (13, 196) = 39,7$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ayant consommé du cannabis l'ont fait pendant 1 à 30 jour(s) versus pendant 1 à 10 jour(s) pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation de cannabis varie entre 2 et 39 ans versus entre 2 et 30 ans pour les sujets du groupe témoin.

Au cours des 30 derniers jours, 95 % des dépendants de substances ( $n = 95$ ) n'ont pas consommé d'hallucinogènes vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (4, 198) = 5,0$  ;  $p = 0,285$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des hallucinogènes l'ont fait pendant 1 à 10 jour(s) versus pendant 0 jour pour les sujets du groupe témoin. Sur toute la vie, la consommation d'hallucinogènes varie entre 1 et 15 an(s) pour les dépendants de substances versus 0 pour les sujets du groupe témoin.



Au cours des 30 derniers jours, aucun des participants des deux groupes n'a consommé d'inhalants. Sur toute la vie, 88 % des dépendants de substances ( $n = 88$ ) ont consommé des inhalants vs. 0 % des sujets du groupe témoin ( $n = 0$ ) ( $\chi^2 = (8, 198) = 12,5$  ;  $p = 0,130$ ). Les dépendants de substances ayant consommé des inhalants l'ont fait pendant 0,5 à 24 an(s) versus 0 pour les sujets du groupe témoin.

### 3.1.3.2.3. Comparaison des caractéristiques de la consommation des deux groupes

Treize pour cent des dépendants de substances ( $n = 13$ ) n'ont jamais été abstinents. Pour les dépendants de substances ayant eu une période d'abstinence volontaire de la substance posant le principal problème, la durée varie entre 2 jours et 5 ans.

Quarante neuf pour cent des dépendants de substances ( $n = 49$ ) prennent plus d'une substance par jour (entre 2 et 9 substances) vs. 0 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 0$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 63,8$  ;  $p = 0,000$ ).

Les dépendants de substances sont 80,8 % ( $n = 80$ ) à n'avoir jamais eu de délirium tremens vs. 96,9 % des sujets du groupe témoin ( $n = 95$ ) ( $\chi^2 = (6, 197) = 16,9$  ;  $p = 0,010$ ). Pour les dépendants de substances qui ont déjà eu un délirium tremens le nombre varie entre 1 et 20 fois versus entre 1 et 4 fois pour les sujets du groupe témoin. Les dépendants de substances sont 80 % ( $n = 80$ ) à n'avoir jamais fait d'overdose vs. 100 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (6, 198) = 21,8$  ;  $p = 0,001$ ). Pour les dépendants de substances ayant déjà fait une overdose, le nombre de fois varie entre 1 et 10.

Au cours des 30 derniers jours, 33 % des dépendants de substances ( $n = 33$ ) n'ont pas dépensé d'argent pour de l'alcool vs. 42,3 % des sujets du groupe témoin ( $n = 41$ ) ( $\chi^2 = (39, 197) = 62,3$  ;  $p = 0,010$ ). Les dépendants de substances ayant dépensé de l'argent pour de l'alcool ont dépensé entre 10 et 1000 € versus entre 3 et 300 € pour les sujets du groupe témoin. Au cours des 30 derniers jours, 72 % des dépendants de substances ( $n = 72$ ) n'ont pas dépensé d'argent pour de la drogue vs. 98 % des sujets du groupe témoin ( $n = 96$ ) ( $\chi^2 = (12, 198) = 28,4$  ;  $p = 0,005$ ). Les dépendants de substances ayant dépensé de l'argent pour de la drogue ont dépensé entre 20 et 500 € versus entre 20 et 50 € pour les sujets du groupe témoin.

## Résultats

Au cours des 30 derniers jours, 37 % des dépendants de substances ( $n = 37$ ) n'ont éprouvé aucun problème d'alcool vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (11, 198) = 90,6$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ayant éprouvé des problèmes d'alcool (c'est-à-dire, un besoin imminent de consommer, des symptômes liés au manque, les effets de l'intoxication, la volonté d'arrêter sans pouvoir, etc.) les ont éprouvés pendant 1 à 30 jour(s).

Au cours des 30 derniers jours, 57 % des dépendants de substances ( $n = 57$ ) n'ont éprouvé aucun problème de drogue vs. 100 % des sujets du groupe témoin ( $n = 98$ ) ( $\chi^2 = (11, 198) = 53,8$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ayant éprouvé des problèmes de drogue les ont éprouvés pendant 1 à 30 jour(s).

### 3.1.3.3. *L'histoire de la famille des deux groupes*

A la question, « Certaines personnes de votre famille, ont ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifieraient d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement », les résultats sont les suivants (cf. tableau 2 et tableau 3) :

**Tableau 2 : Prévalence des problèmes d'alcool, de drogue(s) et des troubles psychologiques des membres de la famille (du côté maternel) dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

			DEPENDANTS		TEMOINS		$\chi^2 (p)$
			n = 100	(%)	n = 98	(%)	
<u>Du côté maternel</u>							
Grand-mère	Alcool		7	7	3	3	0,011
	Drogues		1	1	0	0	0,010
	Troubles psychologiques		7	7	3	3	0,006
Grand-père	Alcool		23	23	7	7,1	0,001
	Drogues		1	1	0	0	<i>ns</i>
	Troubles psychologiques		3	3	1	1	<i>ns</i>
Mère	Alcool		17	17	2	2	0,001
	Drogues		8	8	0	0	0,002
	Troubles psychologiques		13	13	4	4,1	0,016
Tante	Alcool		8	8	3	3,1	<i>ns</i>
	Drogues		2	2	0	0	<i>ns</i>

Oncle	Troubles psychologiques	2	2	1	1	<i>ns</i>
	Alcool	16	16	10	10,2	<i>ns</i>
	Drogues	5	5	1	1	<i>ns</i>
	Troubles psychologiques	2	2	1	1	<i>ns</i>

**Tableau 3 : Prévalence des problèmes d'alcool, de drogue(s) et troubles psychologiques des membres de la famille (du côté paternel et dans la fratrie) dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

		DEPENDANTS		TEMOINS		$\chi^2$ (p)
		n = 100	(%)	n = 98	(%)	
<u>Du côté paternel</u>						
Grand-mère	Alcool	3	3	0	0	0,005
	Drogues	1	1	0	0	0,014
	Troubles psychologiques	2	2	0	0	0,008
Grand-père	Alcool	9	9	7	7,1	0,047
	Drogues	0	0	0	0	
	Troubles psychologiques	0	0	0	0	
Père	Alcool	35	35	11	11,2	0,000
	Drogues	2	2	0	0	0,010
	Troubles psychologiques	4	4	3	3,1	0,026
Tante	Alcool	7	7	2	2	0,004
	Drogues	1	1	0	0	0,023
	Troubles psychologiques	3	3	2	2	0,020
Oncle	Alcool	21	21	4	4,1	0,000
	Drogues	1	1	0	0	0,013
	Troubles psychologiques	1	1	0	0	0,013
<u>Dans la fratrie</u>						
Frère	Alcool	28	28	7	7,1	0,000
	Drogues	17	17	3	3,1	0,002
	Troubles psychologiques	4	4	5	5,1	<i>ns</i>
Sœur	Alcool	5	5	2	2	<i>ns</i>
	Drogues	10	10	0	0	0,002
	Troubles psychologiques	5	5	1	1	<i>ns</i>

#### 3.1.3.4. Les relations familiales et sociales des deux groupes

### 3.1.3.4.1. Conditions de vie habituelles des deux groupes

Treize pour cent des dépendants de substances ( $n = 13$ ) vivent avec conjoint et enfant(s) vs. 51 % des sujets du groupe témoin ( $n = 50$ ). Vingt deux pour cent des dépendants de substances ( $n = 22$ ) vivent avec le conjoint seulement contre 26,5 % pour le groupe témoin ( $n = 26$ ). Six pour cent des dépendants de substances ( $n = 6$ ) vivent avec enfant(s) seulement vs. 2 % pour le groupe témoin ( $n = 2$ ). Quatre pour cent des dépendants de substances ( $n = 4$ ) vivent avec les deux parents contre 4,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 4$ ). Huit pour cent des dépendants de substances ( $n = 8$ ) et 1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 1$ ) vivent avec leur mère. Trois pour cent des dépendants de substances ( $n = 3$ ) vivent avec la famille contre 3,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 3$ ). Quarante et un pour cent des dépendants de substances ( $n = 41$ ) vivent seul vs. 12,2 % des sujets pour le groupe témoin ( $n = 12$ ). Un pour cent des dépendants de substances ( $n = 1$ ) vit en milieu institutionnel versus 0 % pour le groupe témoin. Deux pour cent des dépendants de substances ( $n = 2$ ) n'ont pas de conditions de vie stables vs. 0 % pour les sujets du groupe témoin. Dans les deux groupes, aucun sujet ne vit avec son père, ni avec des ami(e)s ( $\chi^2 = (8, 198) = 48,4$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.4.2. Relations existantes (ou ayant existées) avec l'entourage proche

Pour chaque personne, faisant partie de l'entourage proche, les participants ont noté s'ils avaient eu des relations étroites, durant de longues périodes, avec ces personnes (cf. tableau 4) et s'ils avaient eu de graves problèmes avec des personnes de l'entourage proche, au cours des 30 derniers jours et au cours de la vie (cf. tableau 5).

**Tableau 4 : Prévalence de relations étroites, durant de longues périodes, avec des personnes de l'entourage proche dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

	DEPENDANTS		TEMOINS		$\chi^2 (p)$
	n = 100	(%)	n = 98	(%)	
Avec la mère	50	50	67	69,8	0,038
Avec le père	38	38	56	58,3	0,025
Avec le frère	39	39	51	53,1	ns
Avec la sœur	39	39	40	41,7	ns

<b>Avec l'époux(se)/partenaire</b>	64	64	80	83,3	0,020
<b>Avec les enfants</b>	43	43	62	64,6	0,027
<b>Avec des ami(e)s</b>	67	67	81	84,4	0,001

**Tableau 5 : Prévalence de graves problèmes éprouvés avec des personnes de l'entourage proche dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariés selon l'âge et le sexe.**

		<b>DEPENDANTS</b>		<b>TEMOINS</b>		$\chi^2$ (p)
		<b>n = 100</b>	<b>(%)</b>	<b>n = 98</b>	<b>(%)</b>	
<b>Avec la mère</b>	Les 30 derniers jours	9	9	2	2	0,033
	Toute la vie	47	47	12	12,2	0,000
<b>Avec le père</b>	Les 30 derniers jours	6	6	2	2	<i>ns</i>
	Toute la vie	42	42	17	17,3	0,000
<b>Avec le frère/la sœur</b>	Les 30 derniers jours	7	7	0	0	0,008
	Toute la vie	29	29	13	13,3	0,007
<b>Avec l'époux/partenaire</b>	Les 30 derniers jours	11	11	1	1	0,003
	Toute la vie	45	45	14	14,3	0,000
<b>Avec les enfants</b>	Les 30 derniers jours	4	4	2	2	<i>ns</i>
	Toute la vie	14	14	3	3,1	0,006
<b>Avec d'autres parents importants à vos yeux</b>	Les 30 derniers jours	3	3	1	1	<i>ns</i>
	Toute la vie	18	18	2	2	0,033
<b>Avec des ami(e)s intimes</b>	Les 30 derniers jours	7	7	1	1	0,033
	Toute la vie	25	25	9	9,2	0,003
<b>Avec des voisins</b>	Les 30 derniers jours	6	6	0	0	0,014
	Toute la vie	21	21	4	4,1	0,000
<b>Avec des collègues de travail</b>	Les 30 derniers jours	4	4	4	4,1	<i>ns</i>
	Toute la vie	24	24	10	10,2	0,010

### 3.1.3.5. *L'état psychiatrique des deux groupes*

#### 3.1.3.5.1. Traitement pour des problèmes psychologiques ou émotionnels

Parmi les participants dépendants de substances, 40,4 % ( $n = 40$ ) ont été traités pour des problèmes psychologiques ou émotionnels dans un hôpital vs. 2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 2$ ) ( $\chi^2 = (11, 197) = 43,6$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ont été traités dans un hôpital entre 1 et 24 fois versus entre 1 et 2 fois pour les sujets du groupe témoin. Cinquante quatre pour cent des dépendants de substances ( $n = 53$ ) ont été traités pour des problèmes psychologiques ou émotionnels en externe, dans le privé vs. 10 % des sujets du groupe témoin ( $n = 10$ ) ( $\chi^2 = (11, 197) = 45,1$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ont été traités en externe, dans le privé, entre 1 et 20 fois versus entre 1 et 2 fois pour les sujets du groupe témoin.

#### 3.1.3.5.2. Pension pour incapacité psychiatrique

Huit pour cent des dépendants de substances ( $n = 8$ ) perçoivent une pension pour une incapacité psychiatrique contre 1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 1$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 5,6$  ;  $p = 0,018$ ).

#### 3.1.3.5.3. Dépression grave

Au cours des 30 derniers jours, 23 % des dépendants de substances ont eu une dépression grave ( $n = 23$ ) vs. 0 % des sujets du groupe témoin ( $\chi^2 = (1, 198) = 25,5$  ;  $p = 0,000$ ). Au cours de la vie, 63 % des dépendants de substances ( $n = 63$ ) ont eu une dépression grave versus 8,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 8$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 64,7$  ;  $p = 0,000$ ).

#### 3.1.3.5.4. Anxiété ou tension grave

Au cours des 30 derniers jours, 45 % des dépendants de substances ( $n = 45$ ) ont souffert d'une anxiété ou d'une tension grave vs. 3,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 3$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 47,4$  ;  $p = 0,000$ ). Au cours de la vie, 80 % des dépendants de substances ( $n = 80$ ) ont souffert d'une anxiété ou d'une tension grave contre 20,4 % des sujets du groupe témoin ( $n = 20$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 70,3$  ;  $p = 0,000$ ).

## Résultats

### 3.1.3.5.5. Hallucinations

Au cours des 30 derniers jours, 5 % des dépendants de substances ( $n = 5$ ) ont connu des hallucinations, ne résultant pas de la consommation d'alcool ou de drogues, contre 0 % des sujets du groupe témoin ( $\chi^2 = (1, 198) = 5,0 ; p = 0,025$ ). Au cours de la vie, 20 % des dépendants de substances ( $n = 20$ ) ont connu des hallucinations, ne résultant pas de la consommation d'alcool ou de drogues, vs. 0 % des sujets du groupe témoin ( $\chi^2 = (1, 198) = 21,8 ; p = 0,000$ ).

### 3.1.3.5.6. Difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir

Au cours des 30 derniers jours, 45 % des dépendants de substances ( $n = 45$ ) ont eu des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir contre 3,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 3$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 47,4 ; p = 0,000$ ). Au cours de la vie, 67 % des dépendants de substances ( $n = 67$ ) ont eu des difficultés à comprendre, à se concentrer, à se souvenir contre 5,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 5$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 81,9 ; p = 0,000$ ).

### 3.1.3.5.7. Difficultés à réprimer un comportement violent

Au cours des 30 derniers jours, 16 % des dépendants de substances ( $n = 16$ ) ont éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent contre 3,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 3$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 9,6 ; p = 0,002$ ). Au cours de la vie, 46 % des dépendants de substances ( $n = 46$ ) ont éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent contre 9,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 9$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 33,4 ; p = 0,000$ ).

### 3.1.3.5.8. Sérieuses idées de suicide

Au cours des 30 derniers jours, 13 % des dépendants de substances ( $n = 13$ ) ont eu de sérieuses idées de suicide vs. 1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 1$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 10,8 ; p = 0,001$ ). Au cours de la vie, 68 % des dépendants de substances ( $n = 68$ ) ont eu de sérieuses idées de suicide contre 8,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 8$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 74,9 ; p = 0,000$ ).

### 3.1.3.5.9. Tentatives de suicide

Au cours des 30 derniers jours, 1 % des dépendants de substances ( $n = 1$ ) a tenté de se suicider contre 0 % des sujets du groupe témoin ( $\chi^2 = (1, 198) = 1,0 ; p = 0,321$ ). Au cours de la vie,

## Résultats

54 % des dépendants de substances ( $n = 54$ ) ont tenté de se suicider contre 5,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 5$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 56,6$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.5.10. Prise de médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel

Au cours des 30 derniers jours, 37 % des dépendants de substances ( $n = 37$ ) ont pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel contre 0 % des sujets du groupe témoin ( $\chi^2 = (1, 198) = 44,6$  ;  $p = 0,000$ ). Au cours de la vie, 64 % des dépendants de substances ( $n = 64$ ) ont pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel contre 12,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 12$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 56,1$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.6. *La sévérité des problèmes des deux groupes*

#### 3.1.3.6.1. La sévérité des problèmes médicaux

Quarante et un pour cent des dépendants de substances ( $n = 41$ ) ont le score composite du domaine « *Etat médical* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 60,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 59$ ) ( $\chi^2 = (47, 198) = 56,1$  ;  $p = 0,172$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème médical, les scores composites du domaine « *Etat médical* » varient entre 0,11 et 1,00 vs. 0,08 et 0,83 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 3645,5$  ;  $Z = -3,3$  ;  $p = 0,001$ ).

#### 3.1.3.6.2. La sévérité des problèmes d'emploi-ressources

Vingt sept pour cent des dépendants de substances ( $n = 27$ ) ont le score composite du domaine « *Emploi-ressources* » égal à 1,00 (absence de problème) vs. 1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 1$ ) ( $\chi^2 = (84, 198) = 135,5$  ;  $p = 0,000$ ). Pour les dépendants de substances ayant des problèmes d'emploi-ressources, les scores composites du domaine « *Emploi-ressources* » varient entre 0,15 à 0,92 vs. 0,14 et 0,85 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1817$  ;  $Z = -7,7$  ;  $p = 0,000$ ).

#### 3.1.3.6.3. La sévérité des problèmes d'alcool

Onze pour cent des dépendants de substances ( $n = 11$ ) ont le score composite du domaine « *Alcool* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 23,5 % des sujets du groupe témoin ( $n = 23$ ) ( $\chi^2 =$



## Résultats

(132, 198) = 152,9 ;  $p = 0,103$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème d'alcool, les scores composites du domaine « *Alcool* » varient entre 0,01 et 0,89 vs. 0,01 et 0,33 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1560$  ;  $Z = -8,3$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.6.4. La sévérité des problèmes de drogues

Quarante et un pour cent des dépendants de substances ( $n = 41$ ) ont le score composite du domaine « *Drogues* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 87,8 % des sujets du groupe témoin ( $n = 86$ ) ( $\chi^2 = (49, 198) = 86,9$  ;  $p = 0,001$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème de drogues, les scores composites du domaine « *Drogues* » varient entre 0,04 et 0,60 vs. 0,003 et 0,03 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 2255$  ;  $Z = -7,6$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.6.5. La sévérité des problèmes légaux

Quatre vingt trois pour cent des dépendants de substances ( $n = 83$ ) ont le score composite du domaine « *Situation légale* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 99 % des sujets du groupe témoin ( $n = 97$ ) ( $\chi^2 = (12, 198) = 17,1$  ;  $p = 0,147$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème légal, les scores composites du domaine « *Situation légale* » varient entre 0,05 et 0,70 vs. 0,05 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 4109$  ;  $Z = -3,9$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.6.6. La sévérité des problèmes familiaux et sociaux

Quarante deux pour cent des dépendants de substances ( $n = 42$ ) ont le score composite du domaine « *Relations familiales et sociales* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 74,5 % des sujets du groupe témoin ( $n = 73$ ) ( $\chi^2 = (34, 198) = 45,1$  ;  $p = 0,097$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème familial ou social, les scores composites du domaine « *Relations familiales et sociales* » varient entre 0,02 et 0,80 vs. 0,02 et 0,54 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 3109,5$  ;  $Z = -5,0$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.3.6.7. La sévérité des problèmes psychiatriques

Dix neuf pour cent des dépendants de substances ( $n = 19$ ) ont le score composite du domaine « *Etat psychiatrique* » égal à 0,00 (absence de problème) vs. 92,9 % des sujets du groupe

témoin ( $n = 91$ ) ( $\chi^2 = (58, 198) = 127,7$  ;  $p = 0,000$ ). Pour les dépendants de substances ayant un problème psychiatrique, les scores composites du domaine « *Etat psychiatrique* » varient entre 0,05 et 0,75 vs. 0,09 et 0,60 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1155,5$  ;  $Z = -10,2$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.4. Les évènements de vie traumatiques

#### 3.1.4.1. Les évènements liés à la criminalité

Pour 36 % des dépendants de substances ( $n = 36$ ) quelqu'un a déjà tenté de leur prendre quelque chose directement sur eux, en utilisant la force ou la menace de la force, comme une agression ou un braquage vs. 14,3 % des sujets du groupe témoin ( $n = 14$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 12,4$  ;  $p = 0,000$ ). Les deux groupes de participants ont vécu cet évènement entre 1 et 10 fois ( $U(193) = 3735$  ;  $Z = -3,5$  ;  $p = 0,001$ ).

Pour 58 % des dépendants de substances ( $n = 58$ ), quelqu'un a déjà tenté de les voler ou les a effectivement volé (leurs effets personnels par exemple) contre 32,7 % des sujets du groupe témoin ( $n = 32$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 12,8$  ;  $p = 0,000$ ). Les deux groupes de participants ont vécu cet évènement entre 1 et 10 fois ( $U(189) = 3339,5$  ;  $Z = -3,6$  ;  $p = 0,000$ ).

Pour 25 % des dépendants de substances ( $n = 25$ ), quelqu'un a déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans leur maison lorsqu'ils n'étaient pas là vs. 21,4 % des sujets du groupe témoin ( $n = 21$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 0,4$  ;  $p = 0,552$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet évènement entre 1 et 8 fois versus entre 1 et 2 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(195) = 4716,5$  ;  $Z = -0,5$  ;  $p = 0,646$ ).

Pour 15 % des dépendants de substances ( $n = 15$ ), quelqu'un a déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans leur maison alors qu'ils étaient là contre 3,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 3$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 8,5$  ;  $p = 0,003$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet évènement entre 1 et 3 fois vs. 1 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(195) = 4307,5$  ;  $Z = -2,8$  ;  $p = 0,005$ ).

#### 3.1.4.2. Catastrophes générales et traumatismes (cf. tableau 6)

Quatre pour cent des dépendants de substances ( $n = 4$ ) n'ont vécu aucun de ces événements vs. 19,4 % des sujets du groupe témoin ( $n = 19$ ) ( $\chi^2 = (21, 198) = 65,7$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ayant été confrontés à ce type d'évènement l'ont été entre 1 et 23 fois versus entre 1 et 26 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 2242$  ;  $Z = -6,6$  ;  $p = 0,000$ ).

**Tableau 6 : Fréquences des catastrophes générales et des traumatismes vécus dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

	DEPENDANTS		TEMOINS		$\chi^2 (p)$
	n = 100	%	n = 98	%	
Accident grave (au travail, en voiture, etc.)	53	53	22	22,4	0,000
Catastrophe naturelle (tornade, ouragan, etc.)	21	21	7	7,1	0,005
Catastrophe provoquée par l'homme	16	16	23	23,5	ns
Exposition à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité	26	26	8	8,2	0,001
Autre situation avec graves blessures	11	11	4	4,1	ns
Autre situation avec peur d'être tué ou gravement blessé	34	34	12	12,2	0,000
Voir quelqu'un gravement blessé ou se faire tuer	60	60	25	25,5	0,000
Voir des cadavres (autre part qu'à des funérailles)	45	45	21	21,4	0,000
Avoir un proche assassiné par conducteur ivre	10	10	5	5,1	ns
Perte d'un époux ou d'un enfant	16	16	6	6,1	0,027
Grave maladie à soi	36	36	10	10,2	0,000
Grave blessure, maladie ou décès inattendu d'un proche	67	67	58	59,2	ns
Combat	2	2	3	3,1	ns

### 3.1.4.3. *Expériences physiques et sexuelles*

Pour 19 % des dépendants de substances ( $n = 19$ ), quelqu'un les a déjà forcés à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal, versus aucun des sujets du groupe témoin ( $n = 0$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 20,6$  ;  $p = 0,000$ ). Pour 11 % des dépendants de substances ( $n = 11$ ) vs. 0 % dans le groupe témoin ( $n = 0$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 11,4$  ;  $p = 0,001$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet événement entre 1 et 10 fois vs. 0 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 3969,5$  ;  $Z = -4,5$  ;  $p = 0,000$ ).

Pour 30 % des dépendants de substances ( $n = 30$ ), quelqu'un a déjà touché des parties intimes de leur corps, ou les a fait toucher les siennes par la force ou la menace vs. 2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 2$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 28,6$  ;  $p = 0,000$ ). Pour 13 % des dépendants de substances ( $n = 13$ ) vs. 0 % dans le groupe témoin ( $n = 0$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 13,6$  ;  $p = ,000$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet événement entre 1 et 10 fois vs. 1 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 3515$  ;  $Z = -5,4$  ;  $p = 0,000$ ).

A la question : « Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux questions 18 et 19, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? », 10 % des dépendants de substances ( $n = 10$ ) répondent « oui » vs. 1 % dans le groupe témoin ( $n = 1$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 7,6$  ;  $p = 0,006$ ). Pour 2 % des dépendants de substances ( $n = 2$ ) vs. 0 % dans le groupe témoin ( $n = 0$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 2,0$  ;  $p = 0,159$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet événement entre 1 et 10 fois vs. 1 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 4459$  ;  $Z = -2,8$  ;  $p = 0,006$ ).

Pour 32 % des dépendants de substances ( $n = 32$ ) quelqu'un, y compris des membres de leur famille ou des amis, les a déjà attaqués avec une arme à feu, un couteau ou une autre arme vs. 10,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 10$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 14,1$  ;  $p = 0,000$ ). Pour 3 % des dépendants de substances ( $n = 3$ ) vs. 0 % dans le groupe témoin ( $n = 0$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 3,0$  ;  $p = 0,084$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet événement entre 1 et 10 fois versus entre 1 et 3 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(195) = 3713,5$  ;  $Z = -4,0$  ;  $p = 0,000$ ).

Pour 26 % des dépendants de substances ( $n = 26$ ) quelqu'un, y compris des membres de leur famille ou des amis les a déjà attaqués sans arme et les a grièvement blessés vs. 6,1 % des sujets

## Résultats

dans le groupe témoin ( $n = 6$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 14,4$  ;  $p = 0,000$ ). Pour 11 % des dépendants de substances ( $n = 11$ ) vs. 2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 2$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 6,4$  ;  $p = 0,012$ ). Les dépendants de substances ont vécu cet évènement entre 1 et 15 fois versus entre 1 et 10 fois pour les sujets du groupe témoin ( $U(195) = 3833$  ;  $Z = -4,0$  ;  $p = 0,000$ ).

Pour 40 % des dépendants de substances ( $n = 40$ ), une personne de leur famille les a déjà battus, giflés ou poussés assez fort pour les blesser vs. 10,2 % des sujets dans le groupe témoin ( $n = 10$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 23,3$  ;  $p = 0,000$ ). Pour 27 % des dépendants de substances ( $n = 27$ ) vs. 6,1 % des sujets du groupe témoin ( $n = 6$ ), cela était chronique ( $\chi^2 = (1, 198) = 15,5$  ;  $p = 0,000$ ). Les deux groupes de participants ont vécu cet évènement entre 1 et 10 fois ( $U(196) = 3362$  ;  $Z = -5,0$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.4.4. *Autres évènements*

A la question : « Avez-vous déjà vécu toute autre situation ou événement extrêmement stressant qui ne soit pas mentionné ci-dessus ? », 45 % des dépendants de substances ( $n = 45$ ) répondent « oui » vs. 11,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 11$ ) ( $\chi^2 = (1, 198) = 27,8$  ;  $p = 0,000$ ). Les deux groupes de participants ont vécu cet évènement entre 1 et 10 fois ( $U(184) = 2994$  ;  $Z = -4,9$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.4.5. *Fréquences des évènements de vie traumatiques et score d'exposition traumatique*

Les dépendants de substances ayant vécu des évènements de vie traumatiques en ont vécu entre 1 et 17 versus entre 1 et 9 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1511,5$  ;  $Z = -8,4$  ;  $p = 0,000$ ).

Aucun des dépendants de substances ( $n = 0$ ) n'a un score d'exposition traumatique égal à 0 versus 12,2 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 12$ ). Les scores d'exposition traumatique varient entre 1 et 193 pour les dépendants de substances versus entre 1 et 62 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1636,5$  ;  $Z = -8,1$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.5. La détresse péritraumatique

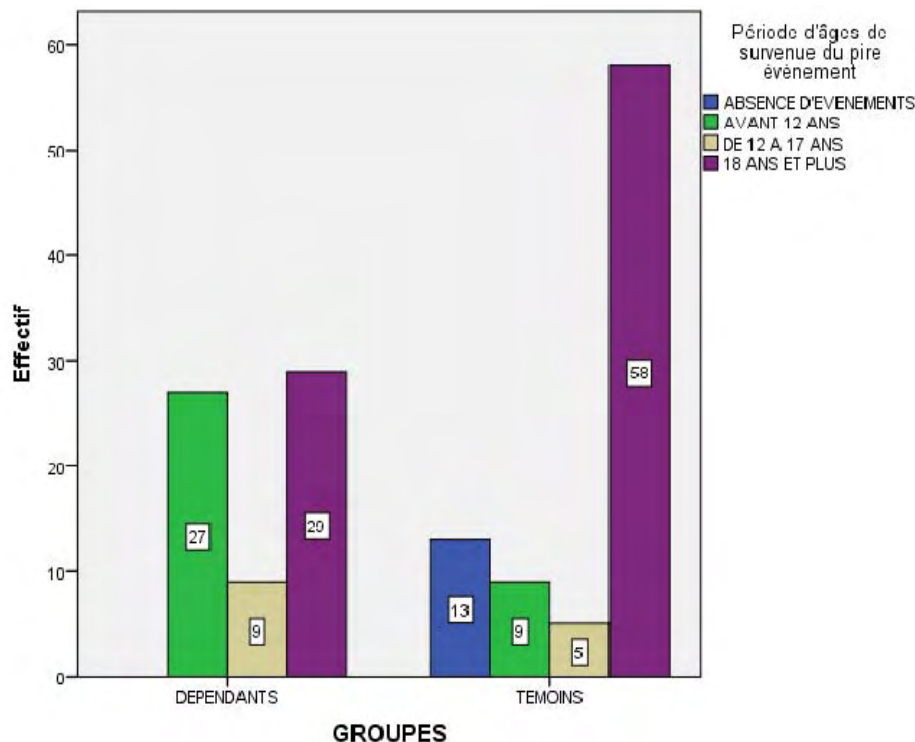
#### 3.1.5.1. Périodes d'âges de survenue du pire évènement

Les dépendants de substances sont 0 % ( $n = 0$ ) à n'avoir vécu aucun évènement traumatique vs. 15,3 % des sujets du groupe témoin ( $n = 13$ ). Vingt cinq pour cent des dépendants de substances ( $n = 27$ ) ont vécu le pire évènement traumatique avant l'âge de 12 ans vs. 10,6 % des sujets du groupe témoin ( $n = 9$ ). Quatorze pour cent des dépendants de substances ( $n = 9$ ) ont vécu le pire évènement traumatique entre 12 et 17 ans vs. 5,9 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 5$ ). Soixante deux pour cent des dépendants de substances ( $n = 29$ ) ont vécu le pire évènement traumatique à l'âge de 18 ans ou plus vs. 68,2 % des sujets du groupe témoin ( $n = 58$ ) ( $\chi^2 = (4, 150) = 17,0$  ;  $p = 0,001$ ) (cf. figure 7).

#### 3.1.5.2. La détresse péritraumatique

Le score total moyen de détresse péritraumatique s'élève à 20,85 (9,9) chez les dépendants de substances vs. 11,25 (8,4) chez les sujets du groupe témoin ( $t(155) = 6,6$  ;  $p = 0,000$ ).

**Figure 7 : Diagramme des périodes d'âges de survenue du pire évènement dans deux population de sujets : N = 65 dépendants de substances et N = 85 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**



### 3.1.6. Les expériences d'allure psychotique

La somme des items de fréquence des symptômes positifs varie de 20 à 44 chez les dépendants de substances versus de 20 à 38 chez les sujets du groupe témoin ( $U(197) = 2359$  ;  $Z = -6,3$  ;  $p = 0,000$ ).

La somme des items de détresse des symptômes positifs varie de 20 à 50 chez les dépendants de substances versus de 20 à 37 chez les sujets du groupe témoin ( $U(197) = 2367,5$  ;  $Z = -6,4$  ;  $p = 0,000$ ).

La somme des items de fréquence des symptômes négatifs varie de 14 à 45 chez les dépendants de substances versus de 14 à 35 chez les sujets du groupe témoin ( $U(197) = 2703$  ;  $Z = -5,5$  ;  $p = 0,000$ ).

La somme des items de détresse des symptômes négatifs varie de 14 à 48 chez les dépendants de substances versus de 14 à 37 chez les sujets du groupe témoin ( $U(197) = 2426,5$  ;  $Z = -7,8$  ;  $p = 0,000$ ).

La somme des items de fréquence des symptômes dépressifs varie de 10 à 25 chez les dépendants de substances versus de 9 à 26 chez les sujets du groupe témoin ( $U(197) = 1766,5$  ;  $Z = -7,8$  ;  $p = 0,000$ ).

La somme des items de détresse des symptômes dépressifs varie de 8 à 29 dans les deux groupes de participants ( $U(197) = 1937$  ;  $Z = -7,4$  ;  $p = 0,000$ ).

Le score total moyen d'expériences d'allure psychotique s'élève à 145,3 (26,7) pour les dépendants de substances vs. 115,7 (17,6) pour les sujets du groupe témoin ( $t(197) = 9,2$  ;  $p = 0,000$ ).

### 3.1.7. La perturbation de la personnalité

#### 3.1.7.1. Les troubles de la personnalité

Quatre vingt seize pour cent des dépendants de substances ( $n = 96$ ) ont au moins un trouble de la personnalité selon le PDQ-4+ vs. 57,1 % pour les sujets du groupe témoin ( $n = 56$ ) ( $\chi^2 = (10, 198) = 89,4$  ;  $p = 0,000$ ). Les dépendants de substances ont entre 1 et 10 trouble(s) de la personnalité versus entre 1 et 5 pour les sujets du groupe témoin ( $U(196) = 1180$  ;  $Z = -9,3$  ;  $p = 0,000$ ) (cf. tableau 8).

**Tableau 8 : Prévalence des troubles de la personnalité dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

	DEPENDANTS		TEMOINS		$\chi^2 (p)$
	N = 100	%	N = 98	%	
<u>Troubles de la personnalité</u>					
Paranoïaque	65	65	33	33,7	0,000
Histrionique	15	15	1	1	0,000
Antisociale	36	36	4	4,1	0,000
Obsessionnelle compulsive	53	53	25	25,5	0,000
Passive-agressive	26	26	3	3,1	0,000
Schizoïde	30	30	4	4,1	0,000
Narcissique	13	13	4	4,1	0,025
Évitante	49	49	21	21,4	0,000
Dépressive <sup>1</sup>	46	46	5	5,1	0,000
Schizotypique	35	35	7	7,1	0,000
Borderline	55	55	5	5,1	0,000
Dépendante	15	15	3	3,1	0,003
<u>Echelles de validité</u>					
« Trop bon »	19	19	25	25,5	ns
Suspect	2	2	0	0	ns

<sup>1</sup> Trouble de la personnalité non spécifié : personnalité dépressive



3.1.7.2. *La perturbation de la personnalité*

Le score moyen de perturbation de la personnalité s'élève à 40,6 (10,1) chez les dépendants de substances versus 22,6 (9,5) chez les sujets du groupe témoin ( $t(196) = 12,8$  ;  $p = 0,000$ ).

**3.2. Corrélations existantes chez les sujets dépendants de substances (cf. tableau 9)**

Il existe une corrélation positive significative entre le nombre total d'évènements traumatiques et :

- le score de sévérité « Emploi-ressources » ( $r = 0,27, p = 0,006$ ) ;
- le score de sévérité « Drogue » ( $r = 0,23, p = 0,19$ ) ;
- le score de sévérité « Etat psychiatrique » ( $r = 0,29, p = 0,004$ ) ;
- la somme d'exposition traumatique ( $r = 0,59, p = 0,000$ ) ;
- le score de détresse péritraumatique ( $r = 0,25, p = 0,046$ ) ;
- la perturbation de la personnalité ( $r = 0,25, p = 0,011$ ) ;
- le nombre de troubles de la personnalité ( $r = 0,25, p = 0,011$ ) ;
- la somme de la fréquence des items positifs ( $r = 0,39, p = 0,000$ ) ;
- la somme de la détresse des items positifs ( $r = 0,35, p = 0,000$ ) ;
- les expériences d'allure psychotique ( $r = 0,26, p = 0,008$ ) ;

Il existe une corrélation positive significative entre le score de détresse péritraumatique et :

- le nombre d'évènements traumatiques ( $r = 0,25, p = 0,046$ ) ;
- la somme d'exposition traumatique ( $r = 0,34, p = 0,006$ ) ;
- le niveau d'exposition traumatique du pire évènement ( $r = 0,25, p = 0,049$ ) ;
- la somme de la détresse des items positifs ( $r = 0,39, p = 0,001$ ) ;
- la somme de la fréquence des items négatifs ( $r = 0,28, p = 0,025$ ) ;
- la somme de la détresse des items négatifs ( $r = 0,42, p = 0,000$ ) ;
- la somme de la fréquence des items dépressifs ( $r = 0,44, p = 0,000$ ) ;
- la somme de la détresse des items dépressifs ( $r = 0,44, p = 0,000$ ) ;
- les expériences d'allure psychotique ( $r = 0,45, p = 0,000$ ).

**Tableau 9 : Corrélations bivariées (coefficient de Pearson) dans une population de N = 61 à 100 dépendants de substances**

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
<b>1. ET</b>	1																	
<b>2. D</b>	0,25 <sup>*</sup>	1																
<b>3. EMP</b>	0,27 <sup>**</sup>	-0,11	1															
<b>4. DROG</b>	0,23 <sup>*</sup>	-0,13	0,19	1														
<b>5. LEG</b>	0,12	-0,10	0,23 <sup>*</sup>	0,37 <sup>**</sup>	1													
<b>6. FAM</b>	0,13	0,10	0,15	0,16	0,30 <sup>**</sup>	1												
<b>7. PSY</b>	0,29 <sup>**</sup>	0,24	0,08	0,31 <sup>**</sup>	0,15	0,29 <sup>**</sup>	1											
<b>8. EXP T</b>	0,59 <sup>**</sup>	0,34 <sup>**</sup>	0,36 <sup>**</sup>	0,28 <sup>**</sup>	0,19	0,31 <sup>**</sup>	0,27 <sup>**</sup>	1										
<b>9. ET PDI</b>	-0,01	0,25 <sup>*</sup>	-0,01	-0,01	0,06	0,34 <sup>**</sup>	0,25	0,68 <sup>**</sup>	1									
<b>10. PP</b>	0,25 <sup>*</sup>	0,11	0,18	0,29 <sup>**</sup>	0,17	0,31 <sup>**</sup>	0,45 <sup>**</sup>	0,28 <sup>**</sup>	0,18	1								
<b>11. TP</b>	0,25 <sup>*</sup>	0,12	0,19	0,30 <sup>**</sup>	0,21 <sup>*</sup>	0,27 <sup>**</sup>	0,47 <sup>**</sup>	0,27 <sup>**</sup>	0,23	0,92 <sup>**</sup>	1							
<b>12. F PO</b>	0,39 <sup>**</sup>	0,14	0,22 <sup>*</sup>	0,39 <sup>**</sup>	0,16	0,07	0,35 <sup>**</sup>	0,35 <sup>**</sup>	0,07	0,52 <sup>**</sup>	0,51 <sup>**</sup>	1						
<b>13. D PO</b>	0,36 <sup>**</sup>	0,39 <sup>**</sup>	0,07	0,28 <sup>**</sup>	0,13	0,26 <sup>**</sup>	0,38 <sup>**</sup>	0,44 <sup>**</sup>	0,21	0,64 <sup>**</sup>	0,60 <sup>**</sup>	0,71 <sup>**</sup>	1					
<b>14. F NEG</b>	0,11	0,28 <sup>*</sup>	0,22 <sup>*</sup>	0,09	0,09	0,20 <sup>*</sup>	0,25 <sup>*</sup>	0,22 <sup>*</sup>	0,25	0,51 <sup>**</sup>	0,50 <sup>**</sup>	0,38 <sup>**</sup>	0,38 <sup>**</sup>	1				
<b>15. D NEG</b>	0,11	0,42 <sup>**</sup>	0,05	0,08	0,03	0,18	0,21 <sup>*</sup>	0,28 <sup>**</sup>	0,22	0,51 <sup>**</sup>	0,46 <sup>**</sup>	0,34 <sup>**</sup>	0,53 <sup>**</sup>	0,73 <sup>**</sup>	1			
<b>16. F DE</b>	0,16	0,44 <sup>**</sup>	0,19	0,28 <sup>**</sup>	0,16	0,22 <sup>*</sup>	0,44 <sup>**</sup>	0,32 <sup>**</sup>	0,26 <sup>*</sup>	0,53 <sup>**</sup>	0,46 <sup>**</sup>	0,34 <sup>**</sup>	0,52 <sup>**</sup>	0,62 <sup>**</sup>	,52 <sup>**</sup>	1		
<b>17. D DE</b>	0,13	0,44 <sup>**</sup>	0,10	0,17	0,06	0,32 <sup>**</sup>	0,43 <sup>**</sup>	0,35 <sup>**</sup>	0,28 <sup>*</sup>	0,52 <sup>**</sup>	0,44 <sup>**</sup>	0,27 <sup>**</sup>	0,59 <sup>**</sup>	0,52 <sup>**</sup>	0,68 <sup>**</sup>	0,77 <sup>**</sup>	1	
<b>18. EAP</b>	0,26 <sup>**</sup>	0,45 <sup>**</sup>	0,17	,26 <sup>**</sup>	0,12	0,27 <sup>**</sup>	0,42 <sup>**</sup>	0,41 <sup>**</sup>	0,27 <sup>*</sup>	0,69 <sup>**</sup>	0,63 <sup>**</sup>	0,64 <sup>**</sup>	,80 <sup>**</sup>	0,79 <sup>**</sup>	0,85 <sup>**</sup>	0,77 <sup>**</sup>	0,81 <sup>**</sup>	1

1 Nombre d'évènements traumatiques ; 2 Score de détresse péritraumatique ; 3 Emploi-ressources ; 4 Drogue ; 5 Situation Légale, 6 Relations familiales et sociales ; 7 Etat psychiatrique ; 8 Somme d'exposition traumatique ; 9 Somme exposition traumatique du pire évènement ; 10 Perturbation de la personnalité ; 11 Nombre de troubles de la personnalité ; 12 Somme de la fréquence des items positifs ; 13 Somme de la détresse des items positifs ; 14 Somme de la fréquence des items négatifs ; 15 Somme de la détresse des items négatifs ; 16 Somme de la fréquence des items dépressifs ; 17 Somme de la détresse des items dépressifs ; 18 Total des expériences d'allure psychotique. \*  $p < 0,05$  ; \*\*  $p < 0,01$ .

### 3.3. Prédiction

#### 3.3.1. Rôle prédictif du nombre d'événements traumatiques

Le nombre d'événements traumatiques vécus explique 7,2 % de la variance de la sévérité des problèmes psychiatriques ( $F(1, 98) = 8,725, p = 0,004$ ). Le nombre d'événements traumatiques vécus prédit significativement la variance de la sévérité des problèmes psychiatriques ( $\beta = 0,286, p = 0,004$ ).

Le nombre d'événements traumatiques vécus explique 6 % de la variance des expériences d'allure psychotique ( $F(1, 98) = 7,325, p = 0,008$ ). Le nombre d'événements traumatiques vécus prédit significativement la variance des expériences d'allure psychotique ( $\beta = 0,264, p = 0,008$ ).

#### 3.3.2. Rôle prédictif du nombre d'événements traumatiques et de la détresse péritraumatique associée

Afin d'explorer l'effet du nombre d'événements traumatiques et du score de détresse péritraumatique associé sur la perturbation de la personnalité ainsi que sur les expériences d'allure psychotique, nous avons réalisé des analyses de régression multiple.

Le nombre d'événements traumatiques vécus et le score de détresse péritraumatique associé expliquent 1,7 % de la variance de la perturbation de la personnalité ( $F(2, 63) = 0,467, p = 0,629$ ). Le nombre d'événements traumatiques vécus et le score de détresse péritraumatique associé ne prédisent pas significativement la variance de la perturbation de la personnalité ( $\beta = -0,043, p = 0,741$  ;  $\beta = 0,124, p = 0,340$ ).

Le nombre d'événements traumatiques vécus et le score de détresse péritraumatique associé expliquent 17,8 % de la variance des expériences d'allure psychotique ( $F(2, 63) = 8,017, p = 0,001$ ). Le nombre d'événements traumatiques vécus ne prédit pas la variance des expériences d'allure psychotique ( $\beta = -0,002, p = 0,989$ ) et le score de détresse péritraumatique prédit significativement la variance des expériences d'allure psychotique ( $\beta = 0,451, p = 0,000$ ) (cf. tableau 10).

**Tableau 10 : Effet du nombre d'évènements traumatiques et du score de détresse péritraumatique associé sur les expériences d'allure psychotique dans deux populations de sujets : N = 100 dépendants de substances et N = 98 témoins appariées selon l'âge et le sexe.**

Expériences d'allure psychotique	R <sup>2</sup>	$\beta$	<i>p</i>
Nombre d'évènements traumatiques	17,8	- 0,002	<i>ns</i>
Score de détresse péritraumatique		0,451	0,000

## 4. Discussion

A notre connaissance, la présente étude est la première à comparer le nombre d'évènements traumatiques, la détresse péritraumatique associée ainsi que les caractéristiques psychosociales, les expériences d'allure psychotique et les troubles de la personnalité entre des sujets dépendants de substances et des sujets témoins.

Nos hypothèses étaient les suivantes : (i) les dépendants de substances rapportent avoir été exposés à des évènements traumatiques plus souvent et à un âge plus jeune que le groupe témoin ; (ii) plus la personne rapporte avoir été exposée à des évènements traumatiques et ce, dès le plus jeune âge, plus la psychopathologie sera grande.

Les résultats montrent que les dépendants de substances ont vécu plus d'évènements traumatiques (entre 1 et 17) que le groupe témoin (entre 1 et 9) ( $p < 0,001$ ). Ils ont été confrontés à des évènements liés à la criminalité, aux catastrophes générales, aux traumatismes, aux abus physiques et sexuels plus souvent que le groupe témoin. Leurs scores d'exposition traumatique (entre 1 et 193), rendant compte de la période d'âge de survenue de l'évènement, sont supérieurs à ceux des témoins (entre 1 et 62) ( $p < 0,001$ ), signe d'une exposition à un âge plus jeune. La détresse péritraumatique associée est plus grande parmi les dépendants de substances (20,85) comparé aux sujets témoins (11,25) ( $p < 0,001$ ). Il ressort aussi que les problèmes médicaux et psychosociaux sont supérieurs parmi les dépendants de substances. Les dépendants ont vécu plus d'expériences d'allure psychotique (145,3) que le groupe témoin (115,7) ( $p < 0,001$ ). Les dépendants de substances présentent entre 1 et 10 trouble(s) de la personnalité tels les troubles de la personnalité paranoïaque et borderline, suivis des troubles de la personnalité obsessionnelle-compulsive, évitante et du trouble de la personnalité non spécifié : personnalité dépressive. Le groupe témoin présente entre 1 et 5 trouble(s) de la personnalité ( $p < 0,001$ ).

## **4.1. Les caractéristiques des deux groupes**

### **4.1.1. Les caractéristiques familiales et sociales**

En ce qui concerne les caractéristiques familiales et sociales des participants, nos résultats montrent que les dépendants de substances sont plus nombreux que le groupe témoin à être célibataires. Nos résultats vont dans le même sens que ceux de l'étude de Driessen et al. (2008) pour qui les taux d'individus dépendants d'alcool ou de drogue(s) célibataires s'élèvent à 59 %. Aussi, les dépendants de substances sont plus nombreux que les sujets du groupe témoin à vivre seuls. Ils ont éprouvé des problèmes importants avec des personnes de leur entourage au cours de leur vie et leurs parents sont plus nombreux à avoir, ou à avoir eu, des difficultés d'alcoolodépendance, de toxicomanie ou des troubles psychiatriques. Nos résultats sont similaires à ceux de l'étude de Davis et DiNitto (1996) qui ont trouvé que les dépendants de substances sont plus susceptibles d'avoir des problèmes psychosociaux tels le divorce, les comportements violents et les problèmes d'abus de substances des parents, comparé aux non-dépendants.

Nous pouvons trouver une explication au fait que les dépendants soient célibataires et qu'ils vivent seuls dans le temps important consacré à la quête du produit. Cela leur laisse moins de temps pour les relations sociales. Pas que ces dernières ne les importent pas mais qu'elles passent au second plan laissant la place au(x) toxique(s), au détriment du reste. Les effets néfastes du produit peuvent entraîner une coupure dans le dialogue avec autrui ou même des tensions ou des disputes pouvant aller, chez certains, jusqu'à des excès de violences.

### **4.1.2. Les caractéristiques médicales**

Plus de la moitié des dépendants de substances ont un problème médical chronique contre seulement un quart des sujets du groupe témoin. Trente cinq pour cent des dépendants de substances prennent un médicament pour un problème physique contre 15 % des sujets du groupe témoin. Dix huit pour cent des dépendants de substances perçoivent une pension pour une incapacité physique versus 4 % des sujets du groupe témoin. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans la recherche de Franken et Hendriks (2000). Ces auteurs ont trouvé plus de problèmes médicaux parmi des individus présentant un trouble lié à l'utilisation de substances depuis l'adolescence qu'auprès des individus présentant un trouble lié à l'utilisation de substances depuis

l'âge adulte. Les problèmes médicaux sont donc positivement liés à la consommation de substances ainsi qu'à la durée de consommation et plus précisément à la précocité de la consommation. Aussi d'après Darke et al. (2009), il existe une corrélation négative entre la durée de la consommation et la santé physique. Plus la durée de la consommation est élevée et moins la santé physique est bonne. La probabilité d'être considéré comme ayant une déficience physique grave augmente de 5 % pour chaque année d'utilisation supplémentaire. Quinze pour cent des consommateurs d'héroïne ayant consommé pendant plus de 15 ans sont considérés comme ayant une incapacité physique grave (Darke et al., 2009). Enfin, les individus, hommes ou femmes, ayant rapporté bénéficier d'une pension pour incapacité 20 ans auparavant, sont plus susceptibles de se voir prescrire des benzodiazépines (Hartz, Lundesgaard, Tverdal, & Skurtveit, 2009). Tout ceci nous amène à considérer la possibilité d'une explication biologique de la co-occurrence de la maladie psychotique fonctionnelle et de l'abus de substances. Le système de neurotransmetteurs dopaminergiques figure en bonne place dans les explications de la maladie psychotique fonctionnelle et de l'abus de substances (Phillips & Johnson, 2001).

### **4.1.3. Les caractéristiques psychiatriques**

Les dépendants de substances sont plus susceptibles de présenter des troubles psychiatriques autres que la dépendance à une substance que les sujets du groupe témoin. En effet, les dépendants de substances ont rapporté plus souvent bénéficier d'une pension pour une incapacité psychiatrique, avoir eu une dépression, souffert d'anxiété ou de stress élevé, connaître des hallucinations, avoir eu des difficultés à se concentrer, à comprendre, à se souvenir, avoir eu des difficultés à réprimer un comportement violent, avoir eu de sérieuses idées de suicide ou tenter de se suicider et avoir pris un traitement pharmacologique prescrit pour un problème psychologique ou émotionnel. De ce fait, les dépendants de substances ont aussi rapporté plus de traitements pour des problèmes psychologiques ou émotionnels, plus d'hospitalisations en psychiatrie et plus de traitements en externe ou dans le privé, que les sujets du groupe témoin. Ces résultats sont conformes avec ceux d'autres recherches pour lesquelles les dépendants de substances présentent des comorbidités psychiatriques importantes (Langman & Chung, 2012).

### **4.1.4. Les caractéristiques légales**

Tous les dépendants de substances ont été recrutés en centres de soins aux dépendances. Pour 6 % d'entre eux, l'admission a été provoquée ou suggérée par le système judiciaire et 7 % sont en période de probation. Vingt cinq pour cent ont été détenus au cours de leur vie versus 2 % des sujets dans le groupe témoin.

Ces résultats, concernant les caractéristiques des participants, sont conformes à ceux d'autres recherches qui ont trouvé que l'abus de substances est souvent associé à une gamme de problèmes physiques, légaux, sociaux et psychologiques qui affectent les individus et leur famille (Gossop et al., 1998a,b). Plus précisément, une étude menée auprès de consommateurs de cocaïne et/ou de crack suggère que ce sont des individus qui présentent des taux de problèmes au travail, familiaux et légaux significativement plus élevés que les non-consommateurs (Paim Kessler, Barbosa Terra, Faller, Ravy Stolf, Carolina Peuker et al., 2012).

Les sujets dépendants peuvent se retrouver enfermés dans une situation de laquelle ils n'arrivent pas à sortir. La consommation peut prendre le dessus sur les relations sociales qui, quand ils en ont, sont souvent conflictuelles. Ils vivent donc plus facilement seuls ou avec quelqu'un de dépendant, comme eux. Tout ceci renforce leur lien avec le produit (tolérance, augmentation des quantités, volonté d'arrêter sans le pouvoir, etc.) entraînant des problèmes au travail et des problèmes légaux ainsi que des risques accrus de développer des maladies physiques et/ou psychiatriques. La consommation vient alors apaiser les souffrances et c'est l'escalade (Valleur & Matysiak, 2004). Aussi, la place occupée par le produit n'est pas la même si l'individu dépendant a, ou a eu, des parents qui sont, ou ont été, eux-mêmes dépendants. Le produit peut être vécu comme étant habituel au sein d'une famille, comme faisant partie du quotidien. Les méfiances sont moindres et la consommation est habitude. L'usage nocif s'installe de façon insidieuse, pouvant aller jusqu'à la dépendance.

### **4.1.5. La sévérité des problèmes**

La sévérité des problèmes est plus élevée parmi les dépendants, signes de problèmes supérieurs dans ce groupe. Ce résultat se rapproche de ceux trouvés dans une recherche de Reynolds et al. (2005) qui estiment entre 0,16 et 0,42 la sévérité des problèmes médicaux et entre 0,26 et 0,40 celle des problèmes psychiatriques parmi 52 individus dépendants de substances avec (n = 20) ou



sans (n = 32) ESPT. Par contre, Reynolds et al. (2005) trouvent des résultats supérieurs aux nôtres pour la sévérité des problèmes d'emploi-ressources (entre 0,65 et 0,77), de drogues (entre 0,42 et 0,46), légaux (entre 0,13 et 0,18), familiaux et sociaux (entre 0,31 et 0,33) et inférieurs pour la sévérité des problèmes d'alcool (entre 0,21 et 0,25). Ces résultats supérieurs aux nôtres peuvent s'expliquer par le fait que les sujets de Reynolds et al. (2005) n'étaient pas issus de centres de soins aux dépendances. Le fait d'entrer dans une démarche thérapeutique peut entraîner une baisse de la sévérité des problèmes d'emploi et de ressources, légaux, familiaux et sociaux, due à la baisse voire à l'arrêt de la consommation. Aussi, les sujets de Reynolds et al. (2005) consommaient plus de drogues et moins d'alcool que ceux de la présente, ce qui peut expliquer les différences dans les résultats.

Une autre recherche a comparé quatre groupes (Cacciola et al., 2009). Le premier est composé de dépendants de substances (n = 230), le deuxième de dépendants de substances et présentant un ESPT (n = 21), le troisième de dépendants de substances, présentant un ESPT et un trouble de l'axe I du DSM-IV (n = 61) et enfin le quatrième de dépendants de substances, présentant un ESPT et un trouble « autre » de l'axe I du DSM-IV (n = 154) (Cacciola et al., 2009). Les scores de sévérité des problèmes obtenus par ces auteurs sont les suivants : entre 0,32 et 0,54 au domaine médical, entre 0,66 et 0,69 au domaine emploi-ressources, entre 0,23 et 0,27 au domaine alcool, entre 0,18 et 0,27 au domaine drogues, entre 0,05 et 0,17 au domaine situation légale, entre 0,17 et 0,28 au domaine situation familiale et sociale et entre 0,18 et 0,40 au domaine psychiatrique. Les résultats que nous avons obtenus auprès des dépendants de substances sont proches de ceux de cette recherche pour les domaines médical, drogues, légal, situation familiale et sociale et psychiatrique. Seul le domaine emploi-ressources est légèrement inférieur. La concordance de nos résultats avec ceux de Cacciola et al. (2009) peut trouver une explication dans le fait que Cacciola et al. (2009) ont travaillé sur des populations proches de la nôtre. A savoir, des dépendants de substances présentant des comorbidités psychiatriques.

La sévérité des problèmes est donc supérieure parmi les dépendants par rapport au groupe témoin. La fréquence élevée de problèmes médicaux, légaux, familiaux et sociaux et psychiatriques parmi les dépendants comparé aux non-dépendants peut être imputée à la dépendance elle-même.

### **4.2. Une exposition aux événements traumatiques s'associe à la dépendance**

### 4.2.1. Les expériences physiques et sexuelles

#### 4.2.1.1. *Les dépendants rapportent avoir été plus soumis à des abus sexuels*

Dans notre population, les dépendants de substances sont plus nombreux (19 %) que le groupe témoin (0 %) à avoir eu des rapports sexuels forcés. Ils sont également plus nombreux (30 %) que le groupe témoin (2 %) à avoir subi des attouchements. Enfin, ils sont plus nombreux (10 %) que le groupe témoin (1 %) à avoir vécu des tentatives de viol ou d'attouchements. Ils ont été victimes de ces abus sexuels ou de ces tentatives d'abus sexuels plus fréquemment que les témoins et pour la plupart de façon chronique. En effet, 11% des dépendants ont eu des rapports sexuels imposés de façon chronique, 13 % ont subi des attouchements de façon chronique et 10 % ont vécu des tentatives de viol ou d'attouchements de façon chronique.

Les taux de prévalence de notre étude oscillent entre 10 % et 30 % selon le type d'abus sexuel. Ils se rapprochent de ceux de Farley et al. (2004) et de ceux de Gearon et al. (2003). Farley et al. (2004) estiment à 21,9 % le taux de viols parmi des patients dépendants de substances en recherche de traitement et à 22,8 % le taux d'autres abus sexuels. Gearon et al. (2003) évaluent à 32 % les individus ayant été abusés sexuellement à l'âge adulte et à 33 % les individus ayant été abusés sexuellement durant l'enfance. Ces auteurs ont étudié une population exclusivement féminine et présentant à la fois une maladie mentale sévère (schizophrénie ou trouble schizo-affectif) et un trouble lié à l'utilisation de substances.

Par contre, Haller et Miles (2004), évaluent à 42 % les femmes dépendantes de drogues ayant subi des abus sexuels et pour Back et al. (2003), la prévalence varie selon le type d'abus sexuel, de 47 % (tentatives de viol ou d'attouchements) à 84 % (viol). Ces auteurs ont mené leur recherche auprès de femmes présentant une dépendance à la cocaïne ou à l'alcool et souffrant d'un ESPT. Enfin, Mueser et al. (2001) retrouvent près de 60 % d'abus sexuels dans leur échantillon de patients ambulatoires (hommes ou femmes) souffrant de maladies mentales sévères. Ces taux sont supérieurs à ceux trouvés dans notre recherche. La différence peut s'expliquer par le fait que ces auteurs ont travaillé sur des populations différentes. Notre groupe de dépendants est majoritairement composé d'hommes (69 %). Il est donc difficile d'établir des comparaisons avec les autres recherches, composées, pour deux d'entre elles, de femmes. De plus, il a été constaté que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à subir des abus sexuels (Golier et al., 2003 ; Haller

& Miles, 2004). Aussi, le fait de présenter un trouble lié à l'utilisation de substances combiné au fait de souffrir d'une maladie mentale sévère peut augmenter considérablement le risque d'être exposé à des situations traumatiques chez la femme (Gearon et al., 2003). Nos résultats se rapprochent donc de ceux d'auteurs ayant travaillé auprès de populations d'individus présentant à la fois un trouble lié à l'utilisation de substances et une maladie mentale sévère (Farley et al., 2004 ; Gearon et al., 2003).

### 4.2.1.2. *Les dépendants rapportent avoir été plus soumis à des violences physiques*

Concernant les abus physiques, les dépendants de substances sont plus nombreux (32 %) à avoir vécu des attaques à main armée que les sujets du groupe témoin (10 %). Les dépendants sont également plus nombreux (26 %) à avoir subi des agressions (sans arme) que les sujets du groupe témoin (6 %). Aussi, les dépendants de substances sont plus nombreux (40 %) que les sujets du groupe témoin (10 %) à avoir été battus par un membre de la famille. Les dépendants ont été victimes de violences physiques plus souvent que les témoins et pour quelques uns d'entre eux de façon chronique. En effet, trois dépendants ont vécu des attaques à mains armées de façon chronique, 11 ont subi des attaques (sans arme) de façon chronique et 27 ont subi des violences physiques de la part d'un proche de façon chronique.

Gearon et al. (2003) ont évalué à 26 % les individus abusés physiquement durant l'enfance et à 44 % les individus abusés physiquement à l'âge adulte. Haller et Miles (2004) ont constaté que 42 % des femmes dépendantes de drogues avaient subi des abus physiques. Enfin, d'après les travaux de Mueser et al. (2001), entre 31 % et 43 % des patients ambulatoires (hommes ou femmes) souffrant de maladies mentales sévères ont subi des abus physiques. Ces taux sont quasi similaires à ceux retrouvés parmi notre groupe de dépendants (entre 26 % et 40 % selon le type d'abus physique).

Par contre, les résultats de l'étude de Farley et al. (2004) sont plus faibles que les nôtres. Farley et al. (2004) retrouvent un taux d'agressions à main armée à seulement 21 % et de violences physiques par un membre de la famille à seulement 27,5 %. A l'inverse, les résultats de Back et al. (2003) sont supérieurs aux nôtres. Ces auteurs estiment entre 66 % et 78 % le taux d'agressions avec ou sans arme auprès de femmes dépendantes de la cocaïne ou de l'alcool et présentant un ESPT. Comme pour les abus sexuels, la différence peut venir du fait que l'échantillon de Back et al.

(2003) est exclusivement féminin et que les femmes ont vécu plus d'abus physiques à l'âge adulte que les hommes (Golier et al., 2003).

### **4.2.2. Les dépendants rapportent avoir rencontré plus de traumatismes naturels ou de maladies**

Les dépendants de substances sont plus nombreux (96 %) que le groupe témoin (77 %) à avoir expérimenté des catastrophes générales et des traumatismes et ils les ont vécus plus souvent. En effet, 60 % des dépendants de substances ont été témoins de blessures ou de la mort de quelqu'un, 53 % ont eu un accident grave, 21 % ont vécu des catastrophes naturelles et 16 % des catastrophes causées par l'homme.

Nos résultats sont similaires à ceux de Back et al. (2003), qui estiment à 62,5 % le taux de femmes dépendantes de la cocaïne ou de l'alcool et présentant un ESPT ayant été témoin de blessures ou de la mort de quelqu'un. Par contre, nos résultats sont divergents en ce qui concerne le taux d'accidents graves et de catastrophes naturelles que Back et al. (2003) estiment à, respectivement, 41 % et 65,5 %. Le taux largement supérieur de catastrophes naturelles retrouvé dans l'étude de Back et al. (2003) peut s'expliquer par le fait que les Etats-Unis sont plus souvent victimes de violentes intempéries que la France. Nos résultats sont en accord avec ceux de Mueser et al. (2001) qui estiment à 20 %, le taux de catastrophes naturelles ou provoquées par l'homme. Par contre, nos résultats sont différents de ceux de Mueser et al. (2001) qui estiment à 38 % le taux d'accidents graves et à 3 % le taux de maladies graves.

Dans notre groupe de dépendants de substances, 36 % ont déjà eu une maladie grave. Cette différence peut s'expliquer par le fait que la consommation de substances entraîne des maladies graves telles que les maladies causées au foie, les maladies cardio-vasculaires, les cancers et les psychoses alcooliques par exemples (Back et al., 2003 ; Camoni et al., 2010 ; Degenhardt & Hall, 2001 ; Fischer et al., 2006 ; Fuller et al., 2002 ; Gossop et al., 1992 ; INSERM, 2010 ; Strang et al., 1998) et que l'étude de Mueser et al. (2001) porte sur des individus souffrant de maladies mentales sévères et non sur des individus dépendants.

Nos résultats divergent également de ceux de Farley et al. (2004) qui estiment à 39,8 % le taux d'accidents graves et à 34,8 % le fait d'être témoin de blessures ou de morts parmi des patients

dépendants de substances en recherche de traitement. La différence peut provenir du fait que ces auteurs ont travaillé sur un échantillon hétérogène sur le plan ethnique. Un exemple d'hétérogénéité concerne les natifs américains. Il n'y en a que 3 % dans l'étude de Farley et al. (2004) et leur taux d'exposition à des blessures ou à des morts est de 50 %. Mais dans l'étude au complet, il est de 34,8 %.

### 4.2.3. Les dépendants rapportent avoir vécu plus de vols

Les dépendants de substances sont plus nombreux (70 %) que le groupe témoin (47 %) à avoir subi des vols et ils ont vécu ces vols plus souvent. Les taux oscillent entre 15 % et 58 % en fonction du vol (vol, vol avec agression, cambriolage). Ces résultats se rapprochent de ceux d'une recherche de Farley et al. (2004) qui estiment entre 10 % et 38 % le taux de patients présentant un trouble lié à l'utilisation de substances et victimes de vols.

Il existe donc un lien entre les événements traumatiques et la dépendance aux substances. Les sujets dépendants de substances rencontrent plus d'expériences traumatiques que le groupe témoin, ce qui pourrait les rendre plus vulnérables tant sur le plan physique que psychique. Les résultats de l'étude de Ball (1995) montrent que des dimensions de personnalité telles les dimensions *Impulsif-Recherche de sensations* (agir sans réfléchir ou sans planifier, comportements à risques), *Névrosisme-Anxiété* (inquiétude, effroi, faible confiance en soi, tension émotionnelle, sensibilité à la critique) et *Agression-Hostilité* (agressions verbales, grossièretés, colères) sont positivement liées à la sévérité de l'abus d'alcool et de drogues et à la psychopathologie. Plus les scores à ces dimensions sont élevés et plus la sévérité des symptômes psychiatriques est élevée (Ball, 1995, cité par Feldman, Boyer, Kumar & Prout, 2011). Les différents traits d'impulsivité tels les comportements non-planifiés, irréfléchis, d'urgence et la *Recherche de sensations*, peuvent jouer un rôle dans l'escalade de la consommation d'alcool vers le développement de troubles liés à la consommation d'alcool au début de l'âge adulte (Shin, Hong & Jeon, 2012). La consommation d'alcool au début de l'âge adulte peut se rapporter à la tendance impulsive d'un individu à consommer de l'alcool pour la récompense immédiate que procure l'alcool au détriment de graves conséquences négatives futures (Shin et al., 2012). La *Recherche de sensations* définie comme une tendance à préférer des comportements excitants et risqués, a été fréquemment citée dans la littérature comme facteur de risque pour une large gamme de comportements de consommation

(Whiteside & Lynam, 2001, cité par Shin et al., 2012). Nous pouvons supposer que la prise de risques liée aux traits d'impulsivité et à la *Recherche de sensations* génère des traumatismes.

#### **4.2.4. Les associations existantes avec les événements traumatiques**

Nos résultats montrent un lien positif entre le niveau d'exposition traumatique et les problèmes d'emploi, de drogues et psychiatrique. Ceci est en accord avec des études démontrant que le produit vient apaiser des souffrances (Peters, Khondkaryan, & Sullivan, 2012 ; Valleur & Matysiak, 2004). En effet, plus l'individu aura vécu d'événements traumatiques et plus il les aura vécus à un jeune âge, plus il consommera et plus il rencontrera de problèmes d'emploi ainsi que des problèmes psychiatriques. De fait, les troubles de la personnalité et les expériences d'allure psychotique pourraient être liés à la prise de toxiques. Aussi les événements traumatiques sont en lien avec le niveau de détresse péritraumatique. Plus l'individu a vécu d'événements traumatiques, plus la détresse péritraumatique associée est élevée et plus la psychopathologie est grande (perturbation de la personnalité, expériences d'allure psychotique, symptômes positifs) avec un risque accru de développer un ESPT.

#### **4.2.5. L'exposition traumatique et la détresse péritraumatique**

Le niveau d'exposition traumatique est plus élevé parmi les dépendants de substances, signe d'une exposition à un événement traumatique à un plus jeune âge. Rappelons que le niveau d'exposition traumatique a été calculé de la façon suivante : quand l'événement s'est produit avant l'âge de 12 ans, nous avons multiplié le nombre de fois que l'événement traumatique s'est produit par trois ; par deux lorsque l'événement est survenu entre 12 et 17 ans et par un quand il s'est produit à partir de 18 ans.

Aucun des dépendants n'a un score d'exposition traumatique égal à zéro, ce qui suggère qu'ils ont tous vécu au moins un événement traumatique dans leur vie. Ces résultats sont similaires à ceux de Farley et al. (2004) pour qui une large majorité de patients en recherche de traitement pour abus de substances a vécu au moins un événement traumatique.

Chez les dépendants de substances, les événements traumatiques se sont produits en majorité avant 12 ans ou à l'âge adulte alors que pour les sujets témoins ils se sont produits en majorité à

l'âge adulte. Les travaux de Weber et al. (2008) confirment ces résultats puisqu'ils ont constaté que des patients en psychiatrie avaient vécu plus d'évènements traumatiques plus jeunes (avant la puberté) que des sujets sains.

Le score total moyen de détresse péritraumatique est plus élevé parmi les dépendants de substances comparé au groupe témoin. C'est la première fois qu'une recherche explore le niveau de détresse péritraumatique auprès de dépendants. Nous pouvons supposer que les dépendants vivent des évènements de vie plus « graves » que les témoins, ce qui rend la détresse péritraumatique générée plus importante ou encore que les évènements traumatiques vécus par les deux groupes soient différents. Il se pourrait aussi que les dépendants aient un niveau de détresse péritraumatique supérieur relativement au nombre élevé d'évènements traumatiques vécus. En effet, il est possible que le niveau de détresse péritraumatique augmente en fonction du nombre d'évènements vécus, c'est-à-dire que pour un même évènement, la détresse péritraumatique serait plus forte si l'individu a vécu un nombre plus élevé d'évènements traumatiques au cours de sa vie. En d'autres termes, plus l'individu aura vécu d'évènements traumatiques et plus le niveau de détresse péritraumatique sera élevé. Ceci est en accord avec les résultats d'études démontrant que la détresse péritraumatique prédirait le développement de l'ESPT (Birmes, Brunet, Coppin-Calmes et al., 2005 ; Brunet et al., 2001 ; Bui, Brunet et al., 2010 ; Bui, Joubert et al., 2010 ; Jehel et al., 2006 ; Ladois-Do Pilar Rei et al., 2012 ; Letamendia et al., 2012) et pourrait participer à son maintien (Johnson & Thompson, 2008). De même que l'accumulation des évènements traumatiques rendrait l'individu plus vulnérable à l'ESPT (Kolassa & Elbert, 2007).

### **4.2.6. Les associations existantes avec la détresse péritraumatique**

Plus un individu a vécu d'évènements traumatiques et ce, dès le plus jeune âge, plus la détresse péritraumatique associée est élevée, plus les expériences d'allure psychotique sont nombreuses (fréquence et détresse des symptômes négatifs et dépressifs en particulier). Cela suggère de nouveau la vulnérabilité des dépendants de substances ayant été confrontés à des évènements traumatiques. Plus l'évènement se produit à un jeune âge et plus il y a de risques que l'individu développe des comorbidités associées (Golier et al., 2003 ; Janssen et al., 2004).

### **4.2.7. Le rôle prédicteur des évènements traumatiques et de la détresse péritraumatique**

#### **4.2.7.1. *Le rôle prédicteur des évènements traumatiques***

Le nombre d'évènements traumatiques vécus prédit la sévérité des problèmes psychiatriques ainsi que les expériences d'allure psychotique. En effet, les évènements traumatiques ont un effet sur la psychopathologie. Plus le sujet a été exposé et plus les problèmes psychiatriques et les expériences d'allure psychotiques sont fréquents. Nos résultats vont dans le sens de ceux d'auteurs tels Rosenberg et al. (2000) et Read et al. (2005). Aussi, pour Scott et al. (2007), une forte exposition à des évènements traumatiques variés fait que les individus sont plus susceptibles de rapporter des expériences délirantes. Ces dernières seraient-elles dues à une vulnérabilité ? Nombre de recherches évoquent une vulnérabilité à la psychose (Henquet et al., 2010 ; Stefanis et al., 2004). Plus précisément, un rôle a été trouvé pour la personnalité, les facteurs autobiographiques, les relations sociales, les évènements de vie et les styles de coping. Les études explorant les types de personnalités prémorbides ont fréquemment rapporté la présence de traits de personnalité « anormaux », plus souvent schizoïde et paranoïaque, ne répondant pas aux critères diagnostiques actuels des troubles de la personnalité (Fuchs, 1999a ; Jeste, Naimark, Halpain & Lindamer, 1995 ; Kay & Roth, 1961 ; Kay, Cooper, Garside & Roth, 1976 ; Post, 1966 ; cités par Quin, Clare, Ryan & Jackson, 2009). Ceci suggère que ces traits peuvent faire partie d'une vulnérabilité prémorbide à la détresse psychologique plus tard dans la vie (Fuchs, 1999a, cité par Quin et al., 2009). Pour d'autres auteurs, les expériences délirantes seraient liées à un dysfonctionnement du système dopaminergique. La preuve de l'implication du système de la dopamine dans le renforcement et la fonction de récompense (Prosser & Pickens, 1979 ; Ritz et al. 1987, cités par Dixon et al., 1990), combiné avec l'abondance de preuves indirectes impliquant la dopamine dans la schizophrénie (Snyder, 1976, cité par Dixon et al., 1990), a conduit à suggérer que les dysfonctions dopaminergiques peuvent accroître la vulnérabilité de la schizophrénie et de l'abus de drogues chez certains patients (Prosser & Pickens, 1979, cité par Dixon et al., 1990). Une autre recherche a démontré l'interaction réciproque entre le système endocannabinoïde et le système dopaminergique. Cette interaction pourrait expliquer les effets hallucinatoires du cannabis chez les patients psychotiques (Giuffrida et al., 2004, cité par Henquet et al., 2010). Le système endocannabinoïde joue donc un rôle important dans la modulation des autres neurotransmetteurs (par exemples, l'acide gamma-aminobutyrique et le glutamate) et peut ainsi indirectement influencer aussi bien le système dopaminergique (Chevalleyre, Takahashi & Castillo, 2006 ; cité par Henquet et al., 2010). Les cannabinoïdes exogènes, comme le tétrahydrocannabinol (THC), perturbent les effets subtils, les fins réglages des endocannabinoïdes (Leweke & Koethe, 2008 ; cité par Henquet, 2010). Les effets du cannabis pourraient être attribuables aux effets du THC sur les neurotransmetteurs



dopaminergiques. La dopamine striatale jouerait un rôle crucial en attribuant la prépondérance des stimuli de l'environnement. En conséquence, un état hyper-dopaminergique peut faciliter les expériences psychotiques en permettant la fausse attribution significative de stimuli ambigus (Kapur & Mizrahi, 2005 ; cité par Henquet, 2010). Des recherches épidémiologiques ont identifié plusieurs facteurs qui co-participeraient avec le THC à provoquer la psychose (Arseneault, Cannon, Witton & Murray, 2004 ; cité par Henquet et al., 2010), tels les symptômes psychotiques préexistants (Henquet et al., 2005 ; cité par Henquet et al., 2010), l'exposition à un traumatisme durant l'enfance (Houston, Murphy, Adamson, Stringer & Shevlin, 2008 ; Harley et al., 2009 ; cités par Henquet et al., 2010) et un polymorphisme fonctionnel dans le gène catéchol-O-méthyltransférase (Caspi et al., 2005 ; Henquet et al., 2006 ; cités par Henquet et al., 2010). Enfin, un autre point de vue consiste en l'automédication. La détresse associée à l'expérience psychotique entraîne la consommation de cannabis pour réduire la détresse (Stefanis et al., 2004).

#### 4.2.7.2. *Le rôle prédictif des événements traumatiques et de la détresse péritraumatique associée*

Le nombre d'événements traumatiques et la détresse péritraumatique associée ne prédisent pas, dans notre échantillon, la perturbation de la personnalité. Serait-il possible que ce soit le type d'événements traumatiques et non le nombre qui pourrait prédire la perturbation de la personnalité. En effet, les individus présentant un trouble de la personnalité antisociale ont vécu plus de deuils dans l'enfance que les individus ne présentant pas de trouble de la personnalité antisociale (Golier et al., 2003). De même, à l'inverse, il se pourrait que ce soient les troubles de la personnalité, les prédictifs des événements traumatiques. Par exemple, le trouble de la personnalité borderline prédirait les abus physiques vécus dans l'enfance et/ou l'adolescence (Golier et al., 2003). Aussi, le fait que la détresse péritraumatique ne prédise pas la perturbation de la personnalité, nous amène à nous poser la question du type de troubles de la personnalité. Il faudrait explorer cette piste. Se pourrait-il que la détresse péritraumatique prédise les types de troubles de la personnalité ? Comme les troubles de la personnalité schizoïde et/ou schizotypique par exemple, qui se rapprochent le plus de la schizophrénie, des symptômes psychotiques et de la dissociation péritraumatique.

Par contre, la détresse péritraumatique prédit les expériences d'allure psychotique. A notre connaissance, il n'existe pas de recherche portant sur la détresse péritraumatique et les expériences psychotiques. Nous pouvons nous demander si les expériences d'allure psychotique ne pourraient

pas être liées à la dissociation péritraumatique. En effet, lorsque la détresse péritraumatique est élevée, il arrive que l'on constate une dissociation aiguë (Koopman et al., 1994, cités par Brunet et al., 2001). Aussi, la dissociation péritraumatique se rapproche de la dissociation observée dans la psychose et plus précisément dans la schizophrénie.

### 4.3. Les expériences d'allure psychotique

La fréquence et la détresse des symptômes positifs, négatifs et dépressifs ainsi que les expériences d'allure psychotique, en général, sont plus importantes parmi les participants dépendants de substances. Ces résultats vont dans le même sens que ceux trouvés dans l'étude de Degenhardt et Hall (2001). En effet, les individus présentant des symptômes psychotiques caractéristiques, sont plus susceptibles de consommer des substances (cannabis, sédatifs, stimulants, opiacés). Ce résultat nous amène à nous demander si ce ne sont pas plutôt les individus dépendants de substances qui seraient plus susceptibles de présenter des symptômes psychotiques ? Pour Stefanis et al. (2004), une consommation précoce de cannabis pendant l'adolescence est liée au risque d'avoir des expériences psychotiques positives et négatives. D'un autre côté, les individus présentant une maladie mentale sévère utilisent les drogues comme moyen d'automédication des symptômes ressentis tels la tristesse, la dépression, l'anxiété, les hallucinations, l'apathie et le manque de motivation (Archie, Boydell, Stasiulis, Volpe & Gladstone, 2012 ; Brown et al., 2012 ; Dixon, Haas, Welden, Sweeney & Frances, 1990 ; Phillips & Johnson, 2001 ; Stefanis et al., 2004). Aussi, d'après une recherche d'Hardy et al. (2005), les traumatismes psychiques pourraient jouer un rôle dans le développement d'hallucinations psychotiques. Les résultats de cette recherche montrent que les hallucinations intrusives (c'est-à-dire impliquant l'interférence, la tentative de contrôle du participant, par d'autres, impliquant souvent l'intention de nuire) sont plus susceptibles de se produire chez les individus ayant aussi expérimenté un traumatisme intrusif que chez ceux n'en ayant pas expérimenté. Cependant, les hallucinations intrusives ne sont pas plus probables chez les individus ayant subi un traumatisme subjectivement important (intrusif ou non) que chez ceux n'en ayant pas subi. En effet, aucun des thèmes d'hallucination n'est significativement associé à des traumatismes subjectivement importants. Cela suggère que, si un traumatisme subjectivement significatif peut avoir un impact phénoménologique sur les hallucinations, il n'est pas dépendant de sa simple présence, mais plutôt des caractéristiques spécifiques de ce traumatisme.

La dissociation péritraumatique consécutive à un événement traumatique pourrait expliquer le fait que les traumatismes psychiques puissent jouer un rôle dans le développement d'hallucinations psychotiques. En effet, les victimes de traumatismes font souvent état d'altérations de l'expérience du temps, du lieu et de la personne, ce qui confère un sentiment d'irréalité à l'événement (Marmar, Weiss & Metzler, 1994, cité par Birmes, Brunet, Benoit et al., 2005) et fait penser aux hallucinations psychotiques.

### **4.4. Les troubles et la perturbation de la personnalité**

Les dépendants de substances sont plus nombreux que le groupe témoin à souffrir d'au moins un trouble de la personnalité. Plus précisément, les dépendants sont 65 % à présenter un trouble de la personnalité paranoïaque (33,7 % des témoins) et 55 % un trouble de la personnalité borderline (5,1 % des témoins). Ils sont 53 % à avoir un trouble de la personnalité obsessionnelle compulsive (25,5 % des témoins), 49 % un trouble de la personnalité évitante (21,4 % des témoins) et enfin, 46 % un trouble de la personnalité non spécifié : personnalité dépressive (5,1 % des témoins). Aussi, le score moyen de perturbation de la personnalité est plus élevé parmi les dépendants de substances comparé au groupe témoin.

Nos résultats sont similaires à ceux d'une étude de Saint-Lèbes, Rodgers, Birmes, & Schmitt (2012) qui a comparé deux groupes de dépendants de substances en fonction du mode de prise du produit. Ces auteurs retrouvent une prévalence des troubles de la personnalité paranoïaque, borderline, obsessionnelle-compulsive, évitante et de trouble de la personnalité non spécifié : personnalité dépressive parmi les injecteurs de drogues. Golier et al. (2003) retrouvent également une prévalence de trouble de la personnalité paranoïaque et borderline. Haller et Miles (2004) constatent que les troubles de la personnalité antisociale, borderline et évitante sont les plus fréquents. Le trouble de la personnalité antisociale ne prévaut pas dans notre recherche. L'explication peut résider dans le fait que l'échantillon de Haller et Miles (2004) est composé de femmes. Plus de 40 % d'entre elles ont vécu des abus sexuels et le trouble de la personnalité antisociale est associé avec ce type d'abus (Haller & Miles, 2004).

### **4.5. Limites**

#### **4.5.1. Biais de recrutement :**

Tout d'abord, les sujets dépendants de substances proviennent tous de centres de soins aux dépendances pour des raisons pratiques de recrutement. C'est une population dont la pathologie est plus sévère et venue consulter longtemps après le début de l'addiction. La durée des soins n'est pas homogène. Certains participants ont été questionnés dès leur arrivée aux centres de soins tandis que d'autres ont été vus jusqu'à cinq semaines plus tard. Cette hétérogénéité s'est ressentie dans nos données qui, pour certaines, ne sont pas normalement distribuées. Cela nous a limités sur le plan statistique. Nous avons été contraints de réaliser des tests non paramétriques avec beaucoup de données. Ensuite, le groupe témoin a permis d'établir des comparaisons des sujets dépendants avec des sujets non-dépendants mais qui sont similaires par ailleurs. Le groupe témoin sert de référence mais le problème de l'équivalence se pose. C'est pourquoi les deux groupes ont été appariés selon le sexe et l'âge.

### **4.5.2. Biais de déclaration**

Il se pourrait que les participants à notre étude n'aient pas osé évoquer certains événements traumatiques tels les abus sexuels. En effet, nous avons constaté qu'à la question des abus figurant dans l'ASI, certains participants disaient ne pas avoir vécu d'abus physiques et/ou sexuels mais répondaient que oui au THQ.

### **4.5.3. Biais de souvenir et biais de mémorisation**

En ce qui concerne les événements traumatiques et la détresse péritraumatique, ils ont été évalués des mois voire des années après ledit événement ce qui a pu entraîner des biais de souvenir. De plus, le fait que notre étude soit transversale a limité l'interprétation des résultats, obtenus de façon rétrospective, notamment le sens des relations observées. Nous ne pouvons pas dire si ce sont les événements traumatiques et la détresse péritraumatique associée qui ont entraîné la dépendance aux substances ou si c'est l'inverse. De même que nous ne savons pas si ce sont les expériences d'allure psychotique et/ou les troubles de la personnalité qui ont entraîné la dépendance aux substances ou l'inverse. Aussi, il se peut que les dépendants de substances aient tendance à se rappeler l'exposition aux événements traumatiques plus que les témoins.

### **4.5.4. Biais de compréhension des outils**

Aussi, les instruments utilisés demandent une bonne compréhension du vocabulaire et du sens des affirmations. On peut se demander si la consommation de substances ne vient pas altérer les fonctions intellectuelles ou cognitives. Des recherches ont mis en évidence une atteinte cognitive causée par la consommation de substances (Brown et al., 2012). Une limite supplémentaire est donc l'état cognitif des participants. Il n'a pas été mesuré avant inclusion. De ce fait, il est possible que des participants aient été inclus alors que leur niveau cognitif ne le permettait pas.

Exemple d'items difficiles à comprendre : Je suis quelqu'un de très morose ; Je suis attentif à bien comprendre la signification réelle de ce que les gens disent ; J'ai accumulé beaucoup de choses dont je n'ai pas besoin et dont je ne peux me résoudre à me débarrasser ; Je me perds souvent dans le détail et perds de vue le plan d'ensemble.

### 4.6. Perspectives

Notre recherche a mis en évidence un nombre plus élevé d'évènements traumatiques parmi les dépendants de substances. Ces évènements de vie sont-ils survenus avant la prise de toxique ou après ? Il serait intéressant de mener une étude pour explorer la période de survenue des évènements de vie traumatiques. De même qu'il semble important de continuer à explorer le concept novateur de détresse péritraumatique parmi les dépendants. Se pourrait-il que le niveau de détresse péritraumatique soit positivement associé au nombre d'évènements traumatiques vécus ? De plus, les dépendants de substances ont vécu plus d'expériences d'allure psychotique et présentent plus de troubles de la personnalité. Les expériences d'allure psychotique et les troubles de la personnalité sont-ils causés par la prise de toxiques ou dus à une vulnérabilité ? Des recherches futures devraient explorer l'ESPT et plus précisément le concept de dissociation péritraumatique auprès de cette population de dépendants qui présentent à la fois des expériences d'allure psychotique et des troubles de la personnalité. La dissociation péritraumatique peut expliquer le fait que la détresse péritraumatique prédise les expériences d'allure psychotique. En effet, la détresse et la dissociation péritraumatiques sont consécutives à un évènement traumatique et prédisent les symptômes d'ESPT.

## Conclusion

L'originalité de notre étude se trouve dans l'association de la détresse péritraumatique aux événements traumatiques auprès de patients dépendants de substances. La vulnérabilité liée aux événements traumatiques est très peu étudiée chez les dépendants de substances.

- L'hypothèse principale de cette recherche était que les dépendants de substances rapportent avoir été exposés à des événements traumatiques plus souvent et à un plus jeune âge que le groupe témoin. Il ressort de cette recherche que (i) les dépendants de substances rapportent avoir vécu plus d'événements criminels, plus de catastrophes générales et de traumatismes, plus d'expériences physiques et sexuelles que les témoins ; (ii) les dépendants de substances rapportent avoir vécu ces événements plus souvent et (iii) à un âge plus jeune que les témoins.
- L'hypothèse secondaire était que plus la personne a été exposée à des événements traumatiques et ce, dès le plus jeune âge, plus la psychopathologie sera grande. Les résultats montrent que (i) la détresse péritraumatique associée à ces événements est plus élevée chez les dépendants de substances que chez les témoins ; (ii) les dépendants de substances rapportent avoir vécu plus d'expériences d'allure psychotique que les témoins ; (iii) le niveau de perturbation de la personnalité est plus élevé chez les dépendants de substances ; (iv) les dépendants de substances présentent plus de troubles de la personnalité paranoïaque, borderline, obsessionnelle-compulsive, évitante et de trouble de la personnalité non spécifié : personnalité dépressive.

Ces résultats peuvent trouver des explications psychodynamiques, neurobiologiques ou de chevauchements de symptômes. Des études de cohortes, plus fiables que les études transversales, pourraient permettre de généraliser ces résultats. Il semble important de continuer de tenter d'appréhender la vulnérabilité des dépendants de substances face aux événements traumatiques afin de mieux comprendre les caractéristiques liées aux comorbidités dans cette population et d'améliorer la prise en charge thérapeutique.

## **5. Annexes**

## 5.1. Manuscrit accepté dans The American Journal of Drug and Alcohol Abuse

*The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 38:135–139, 2012  
Copyright © Informa Healthcare USA, Inc.  
ISSN: 0095-2990 print / 1097-9891 online  
DOI: 10.3109/00952990.2011.643982

**informa**  
healthcare

## Personality Differences between Drug Injectors and Non-injectors among Substance-Dependent Patients in Substitution Treatment

Julie Saint-Lèbes, M.A.<sup>1</sup>, Rachel Rodgers, Ph.D.<sup>2,3</sup>, Philippe Birmes, M.D., Ph.D.<sup>1</sup>, and Laurent Schmitt, M.D.<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Laboratoire du Stress Traumatique (LST-JE 2511), Université de Toulouse-UPS, Toulouse, France, <sup>2</sup>Centre d'Etudes et de Recherches en Psychopathologie, Université de Toulouse-UPS, Toulouse, France, <sup>3</sup>Department of Counseling and Applied Education Psychology, Northeastern University, Boston

**Background:** Understanding personality differences between injectors and non-injectors in substitution treatment may provide new insights to help improve treatment programs. **Objective:** The aim of this study was to compare drug injectors and non-injectors in terms of personality disorders and dimensions. **Methods:** Forty participants recruited from substance abuse treatment centers (23 injectors and 17 non-injectors) completed the self-report Personality Diagnostic Questionnaire 4th version and Temperament and Character Inventory. Mann-Whitney *U* tests were used to compare means of personality disorder traits, temperament, and character differences between injectors and non-injectors. **Results:** The mean (SD) age of the sample (72.5% male) was 36.5 (8.7) years. Injectors reported more borderline personality disorders and increased global personality disturbance ( $p < .05$ ). Similarly, Anticipatory worry, Shyness, and Fatigability facet scores were higher among injectors ( $p < .01$ ). Attachment, Purposeful, and Congruent second nature facet scores were higher among non-injectors ( $p < .01$ ). **Conclusion:** According to the route of drug administration, drug dependents differed in terms of personality disorders and dimensions. **Scientific Significance:** These results may have implications for the implementation of treatment programs. New research in this area may contribute to the understanding and prevention of intravenous drug use.

**Keywords:** route of drug administration, personality, dimensions

### INTRODUCTION

Understanding the characteristics of injection drug dependents as opposed to non-injection drug dependents is an essential objective, as injection drugs are associated with higher levels of morbidity and mortality (1–5).

Several factors are associated with drug injection including personal characteristics such as low educational level, polydrug use, and sexual risk behaviors and social factors such as having a partner or friend who injects drugs (6,7).

Personality appears to be an important factor in drug abuse and may be studied from two different perspectives: categorical and dimensional. While the first of these approaches relies on the diagnostic criteria for personality disorders and therefore seeks to define pathological personality, the dimensional approach focuses on a number of underlying traits that make up personality. While there is empirical evidence to support the dimensional view of personality, the categorical approach has been consistently considered more useful in clinical terms despite being described as problematic in terms of stability and overlap (8). In relation to substance abuse, the categorical approach is clearly useful with regard to treatment and clinical implications (9). On the other hand, the dimensional approach proposes to identify biologically based traits that may be particularly relevant and reveal specific relationships with the development of substance abuse and thus provide opportunities for prevention (10). Therefore both approaches are interesting to consider. In terms of categories, the Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ) (11) assesses personality disorders according to the diagnostic criteria of Diagnostic Statistical Manual of

Address correspondence to Philippe Birmes, Laboratoire du Stress Traumatique (LST-EA 4560), Université de Toulouse-UPS, CHU de Toulouse, Hôpital Casselardit, 170 av. de Casselardit, TSA 40031, 31059 Toulouse Cedex 9, France. Tel: 33 5 34 55 75 05. Fax: 33 5 34 55 75 16. E-mail: birmes.pchu-toulouse.fr



Mental Disorders DSM-IV. A high rate of comorbidity has been described between drug abuse and personality disorders, with approximately 50% of individuals presenting drug abuse suffering from a concurrent personality disorder (12,13). Antisocial and borderline personality disorders appear to be the most frequent comorbidities (13–15).

It might be expected that injectors would differ in terms of personality from non-injectors; more specifically, they would be more likely to suffer from personality disorders. However, the few studies having examined the differences between injecting and non-injecting drug users from the personality disorder perspective have not provided support for this hypothesis (16,17).

One of the most influential theories of personality dimensions is Cloninger's psychobiological model (18,19). The model includes four temperament dimensions (Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence, and Persistence) and three character dimensions (Self-Directedness, Cooperativeness, and Self-Transcendence). Temperament factors have been shown to play an important part in drug abuse in terms of severity, type of abuse, and treatment compliance (20,21). Novelty Seeking in particular seems to be associated with substance use (22,23). Furthermore, low Harm Avoidance and high Self-Transcendence have been shown to characterize drug users (22,24). Each dimension is composed of subdimensions or facets. The four main elements composing temperament are Novelty Seeking, Harm Avoidance, Reward Dependence, and Persistence. Character was considered to be the result of three types of maturity: Self-Directedness or individual maturity, Cooperativeness or social maturity, and Self-Transcendence or spiritual maturity.

The aim of this study was to compare injectors and non-injectors in terms of personality disorders, character, and temperament. We expected to find higher prevalence of personality disorders among injectors and differences of temperament and character.

## MATERIALS AND METHODS

### Procedure

Data were collected in an outpatient substitution unit and in the Department of Infectious and Tropical Diseases of Toulouse University Hospital, France, over a period of 5 months. This study was approved by the relevant authorities.

### Participants

Participants who were in substitution treatment or who were entering the substitution program were recruited. Participants were dependent on one substance or more, drug active or in remission, injectors or non-injectors (i.e., never injected substances or only once or twice), and aged over 18 years. A sample of 51 substance dependents was approached, and 11 refused to participate. The diagnosis of substance dependence was made according to the DSM criteria. Participants provided written informed consent.

## Assessment

**Personality Disorders Assessment.** The PDQ 4th version (PDQ-4+; (8)) consists of 99 (true/false) items. Each item assesses one personality disorder trait so that when an item is endorsed as "true", the personality disorder trait is considered to be present. Two validity scales ("Too good" and "Suspect") assessed the bona fide quality of the participants. Hyler in PDQ-4+ also included the additional "Passive aggressive scale" which belongs to the Personality Disorder Not Otherwise Specified category in the DSM-IV. The total score provides a general index of personality disturbance, while a subscale score for each personality disorder can be calculated (25).

**Personality Dimensions Assessment.** The Temperament and Character Inventory (TCI; 19) includes 226 proposals (true/false) providing scores corresponding to seven main dimensions, with greater maturity indicated by higher scores. An example item for the Novelty Seeking dimension is "I often try new things just to please me or to have strong sensations even if the others consider it a waste of time." Previous research has found this scale to perform well among individuals suffering from substance abuse (22).

## Statistical Procedures

Statistical analyses were executed using STATISTICA v6 software (StatSoft, Tulsa, OK). Sample effectives did not allow us to use parametric tests. We removed the total of missing data for each sample. Mann-Whitney *U* tests were used to compare the means of personality disorder traits, temperament, and character differences between two independent samples of 23 injectors and 17 non-injectors. Spearman correlations were conducted in order to examine the association between age and injection duration and the personality variables which differed between groups.

## RESULTS

### Sample Description

The final sample included 29 men and 11 women (27.5%). The average age (SD) was 36.5 (8.7) years. The mean length of addiction was 20.2 (8.2) years and the mean duration of substitution therapy was 3.8 (5.0) years. The sample included 23 injectors (78% male) and 17 non-injectors (64% male) who had never been injectors. The injectors' mean age was significantly higher compared with the non-injectors', as was the number of substances used before entering treatment. Injectors were also more likely to have been included in a substitution treatment program before enrollment in this study and reported longer duration of treatment (Table 1). Injectors mainly reported heroin addiction (95.6%), followed by cocaine (47.8%) and cannabis (56.5%). Non-injectors also reported heroin addiction (47%), followed by alcohol (35.3%) and cannabis (41.2%). The most frequently injected drugs were heroin (100%), cocaine (87%), and buprenorphine high dosage (21.7%) meaning that 87% of injectors were injecting both heroin and cocaine, 8.7%

TABLE 1. Comparison between injectors' and non-injectors' ( $N = 40$ ) sociodemographics, substance abuse, and medical characteristics.

	Injectors ( $N = 23$ )		Non-injectors ( $N = 17$ )	
	%	Mean (SD)	%	Mean (SD)
Male	78.3		64.7	
Age		39 (9.3)*		33 (6.6)
Length of substances used (years)		22.5 (8.7)		17.1 (6.5)
Number of substances used before substitution treatment		5.9 (2.6)*		4.8 (3.5)
Number of polyaddicts (at least three substances) <sup>1</sup>	100		70.6	
Current addiction (number of substances)		2.4 (1.5)		2.9 (1.4)
Substitution treatment (methadone or buprenorphine high dosage)	91.3**		41.2	
Length of substitution treatment (years)		5.4 (5.5)**		1.6 (3.3)
HIV	25		7.1	
HCV	71.4**		7.1	

Notes: HIV = Human Immunodeficiency Virus. HCV = Hepatitis C Virus.

<sup>1</sup>Substances most frequently consumed were cannabis, heroin, cocaine, alcohol, and LSD.\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ .

heroin only, and 4.3% heroin and buprenorphine high dosage.

### Personality Disorders

Among injectors, the most common personality disorder diagnoses were borderline (73.9%), paranoid (73.9%), obsessive-compulsive (52.2%), and avoidant (52.2%), while among non-injectors, they were paranoid (64.7%) and obsessive-compulsive (64.7%). However, injectors reported more personality disorder traits,  $U(39) = 109.5$ ,  $Z = 2.3$ ,  $p < .05$ , and more borderline personality disorders,  $U(39) = 120$ ,  $Z = 2.1$ ,  $p < .05$  (Table 2). Neither age nor injection duration was associated with borderline personality disorder and personality disorder traits. The only significant correlation was found between age and paranoid personality disorder; however, despite this positive correlation there was no difference in prevalence between our older injector group and the younger non-injector group.

### Temperament and Character

Regarding the temperament dimensions (Table 3), injectors reported significantly higher scores on the Harm Avoidance dimension,  $U(39) = 82$ ,  $Z = 3.1$ ,  $p < .01$ . This dimension includes four traits, three of which revealed significant differences, with injectors reporting higher scores: Anticipatory worry,  $U(39) = 91.5$ ,  $Z = 2.8$ ,  $p < .01$ ; Shyness,  $U(39) = 98.5$ ,  $Z = 2.6$ ,  $p < .01$ ; and Fatigability,  $U(39) = 68$ ,  $Z = 3.5$ ,  $p < .01$ . In addition, injection duration was positively associated with Harm Avoidance ( $\rho = .36$ ,  $p < .05$ ), more specifically the subscales Anticipatory worry ( $\rho = .32$ ,  $p < .05$ ) and Fatigability ( $\rho = .46$ ,  $p < .01$ ), although age did not significantly correlate with any of these variables.

TABLE 2. Comparison of personality disorder frequencies between injectors and non-injectors ( $N = 40$ ) according to the PDQ-4+.

	Injectors ( $N = 23$ )		Non-injectors ( $N = 17$ )		Correlation with length of treatment	
	%		%		$\rho$	$\rho$
Borderline	73.9*		35.3		.00	.08
Paranoid	73.9		64.7		.35*	-.14
Obsessive-compulsive	52.2		64.7		-.02	.00
Avoidant	52.2		29.4		.26	.00
Antisocial	47.8		35.3		-.21	-.03
Depressive	47.8		29.4		-.13	-.16
Schizotypal	43.5		23.5		.22	.07
Narcissistic	30.4		11.8		-.04	.10
Schizoid	26.1		17.7		-.15	.01
Histrionic	17.4		5.9		.00	.00
Dependent	8.7		5.9		-.06	.17

Notes: PDQ-4+, Personality Diagnostic Questionnaire 4th version.

\* $p < .05$ .

Injectors reported significantly lower scores on the Reward Dependence dimension,  $U(39) = 106.5$ ,  $Z = -2.4$ ,  $p < .05$ . Only one facet showed a significant difference, with lower Attachment scores,  $U(39) = 101$ ,  $Z = -2.6$ ,  $p < .01$ .

Regarding the Character dimensions (Table 3), injectors reported significantly lower scores on the Self-Directedness dimension,  $U(39) = 118.5$ ,  $Z = -2.1$ ,  $p < .05$ . Significant differences were found on two facets: Purposeful,  $U(39) = 76$ ,  $Z = -3.3$ ,  $p < .01$ , and Congruent second nature,  $U(39) = 86$ ,  $Z = -3$ ,



TABLE 3. Comparison of mean TCI dimensions and facets of temperament and character between injectors and non-injectors ( $N = 40$ ).

	Injectors ( $N = 23$ )	Non-injectors ( $N = 17$ )
	Mean (SD)	Mean (SD)
Temperament		
Novelty Seeking	22.8 (5.0)	25.3 (4.9)
Harm Avoidance	19.7 (7.4)*	12.0 (7.1)
Reward Dependence	13.6 (2.8)**	14.6 (4.2)
Persistence	4.6 (1.8)	4.9 (1.8)
Character		
Self-Directedness	25.9 (6.8)**	31.3 (5.1)
Cooperativeness	30.0 (5.6)	31.4 (4.0)
Self-Transcendence	15.9 (7.3)	16.1 (3.5)

Notes: TCI, Temperament and Character Inventory.

\* $p < .01$ , \*\* $p < .05$

$p < .01$ . Injection duration was negatively associated with the Self-Directedness dimension ( $\rho = -.35$ ,  $p < .05$ ), specifically with Purposeful ( $\rho = -.44$ ,  $p < .005$ ) and Congruent second nature ( $\rho = -.44$ ,  $p < .005$ ); however, there was no association with age.

## DISCUSSION

Both groups reported high rates of personality disorders, in particular borderline and paranoid. This is in line with previous findings (13,26,27).

Furthermore, in support of our hypothesis, injectors self-endorsed more personality disorders and were more likely to suffer from borderline personality disorder. It may be that injection is not simply a choice of drug route but also an indicator of more severe psychopathology. This is in line with findings among a Canadian sample of opioid injectors who reported higher levels of mental health problems on a single-item assessment compared with opioid non-injectors (2). These findings differ from previous explorations of personality differences according to route of drug administration that has revealed no differences (16,17). However, one of these studies excluded patients having received any form of treatment during the previous month (16), whereas our sample was mainly in treatment and was largely composed of polydependents with a long history of addiction. The role of borderline personality disorder in substance use provides support for the usefulness of the categorical approach to personality in substance abuse and suggests the importance of designing specific interventions to target individuals with comorbidities (28).

There were significant differences in terms of temperament between the two groups. Injectors reported greater levels of Anticipatory worry, Shyness, and Fatigability which are included in the Harm Avoidance dimension. This suggests that this group might display fewer social skills and more adverse conditions in terms of health or security. It may also be that these higher dimensions reflect the consequences of their long-term drug use and

for many of them, their declining health. In addition, injectors showed lower levels of the Attachment facet in the Reward Dependence dimension, suggesting that injectors have greater difficulties in developing attachment bonds to others which may have contributed to their social marginalization.

Regarding character, injectors reported lower levels of Self-Directedness. With this dimension, injectors scored higher on the Purposeful and Congruent second nature facets. These results were similar to those of Allnutt et al. (22) who also reported higher levels of Harm Avoidance among injectors and Self-Directedness. In our study participants were mostly in substitution treatment centers for a very long time, so they may be less prone to Novelty Seeking, and they were not under the influence of substances.

These findings also provide support for the usefulness of the dimensional approach to personality within substance abuse. Traits have been considered as more stable over time and might predispose, or contribute, to the development and maintenance of substance abuse. While personality disorders may be concurrent or posterior to the onset of drug abuse, personality traits are likely to be preexisting. Self-Directedness has previously been identified as a useful focus for substance abuse prevention (24), and our results support this. Furthermore, due to the stability of personality traits, their role in the maintenance of substance abuse warrants further investigation.

## Limitations

First, the somewhat small sample size may have affected the statistical power of this study. Replications of these findings in larger samples are warranted in order to provide further support for these findings. Second, social desirability effects induced by recruiting participants within their treatment settings may have induced a bias in the data. It is also important to note that the average age was 36.5 years, and the average length of substance abuse was 20.2 years, which may have resulted in our sample reporting greater disturbance. It may be that the difference between our two groups lies in the fact of being older, being in substitution treatment longer, and having consumed more substances, and not in the fact of having different routes of administration. Finally, it is important to note that the majority of our non-injecting sample reported cannabis and alcohol use which may make our groups less comparable.

## CONCLUSIONS

Few studies have compared the personality of drug addicts in terms of categories and dimensions depending on the routes of drug administration. The present sample, mainly composed of polyaddicts, seems more representative of the clinical picture of substance dependence. To conclude, in this study injectors reported more personality disorders, higher rates of borderline personality disorder, and lower levels of Harm Avoidance and maturity. Injectors may display personality characteristics that make them more vulnerable.



## ACKNOWLEDGEMENTS

We thank the team of Maurice Dide Methadone Center, La Grave Hospital, Toulouse University Hospital, France, and especially Dr. Jérôme Boucard; Joseph Ducuing Hospital, Toulouse, France, and especially Dr. Daniel Guarripy; and the Infectious and Tropical Diseases Department, Purpan Hospital, Toulouse University Hospital, France, and the supervisor, Prof. Bruno Marchou, and especially Lydie Porte – Head Clinic.

## Declaration of Interest

The authors report no conflicts of interest. The authors alone are responsible for the content and writing of this article.

## REFERENCES

1. Camoni L, Regine V, Salva MC, Nicoletti G, Canuzzi P, Magliocchetti N, Rezza G, Suligoi B, and the SerT Study Group. Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy. *Ann Ist Super Sanita* 2010; 46(1):59–65.
2. Fischer B, Manzoni P, Rehm J. Comparing injecting and non-injecting illicit opioid users in a multisite Canadian sample (OPICAN cohort). *Eur Addict Res* 2006; 12(4):230–239.
3. Fuller CM, Vlahov D, Ompad DC, Shah N, Arria A, Strathdee SA. High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: A case-control study. *Drug Alcohol Depend* 2002; 66(2):189–198.
4. Gossop M, Griffiths P, Powis B, Strang J. Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *Br J Addict* 1992; 87(11):1527–1536.
5. Strang J, Bearn J, Farrell M, Finch E, Gossop M, Griffiths P, Marsden J, Wolff K. Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. *Drug Alcohol Rev* 1998; 17(2):197–211.
6. Dunn J, Laranjeira RR. Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. *Addiction* 1999; 94(6):813–824.
7. Neaigus A, Miller M, Friedman SR, Hagen L, Sifaneck SJ, Ildefonso G, Des Jarlais DC. Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: A comparison of former injectors and never injectors. *Addiction* 2001; 96(6):847–860.
8. Trull TJ, Durrett CA. Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annu Rev Clin Psychol* 2005; 1:355–380.
9. Kokkevi A, Stefanis N, Anastasopoulou E, Kostogianni C. Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addict Behav* 1998; 23(6):841–853.
10. Acton GS. Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Subst Use Misuse* 2003; 38:67–83.
11. Hyler SE. Personality Questionnaire (PDQ-4+). New York, NY: New York State Psychiatric Institute, 1994.
12. Bowden-Jones O, Iqbal MZ, Tyrer P, Seivewright N, Cooper S, Judd A, Weaver T, on behalf of the COSMIC study team. Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction* 2004; 99(10):1306–1314.
13. Skodol AE, Oldham JM, Gallaher PE. Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *Am J Psychiatry* 1999; 156(5):733–738.
14. Ross J, Teesson M, Darke S, Lynskey M, Ali R, Ritter A, Cooke R. The characteristics of heroin users entering treatment: Findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug Alcohol Rev* 2005; 24(5):411–418.
15. Verheul R. Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *Eur Psychiatry* 2001; 16(5):274–282.
16. Darke S, Hetherington K, Ross J, Lynskey M, Teesson M. Non-injecting routes of administration among entrants to three treatment modalities for heroin dependence. *Drug Alcohol Rev* 2004; 23(2):177–183.
17. Fieldman NP, Woolfolk RL, Allen LA. Dimensions of self-concept: A comparison of heroin and cocaine addicts. *Am J Drug Alcohol Abuse* 1995; 21(3):315–326.
18. Cloninger CR. A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Arch Gen Psychiatry* 1987; 44(6):573–588.
19. Cloninger CR, Svrakic DM, Przybeck TR. A psychobiological model of temperament and character. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50(12):975–990.
20. Bobes J, McCann UD. Developments in the treatment of drug dependence. *Curr Opin Psychiatry* 2000; 13:333–338.
21. Conway KP, Kane RJ, Ball SA, Poling JC, Rounsaville BJ. Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71(1):65–75.
22. Allnutt S, Wedgwood L, Wilhelm K, Butler T. Temperament, substance use and psychopathology in a prisoner population: Implications for treatment. *Aust N Z J Psychiatry* 2008; 42(11):969–975.
23. Evren C, Evren B, Yancar C, Erkiran M. Temperament and character model of personality profile of alcohol- and drug dependent inpatients. *Compr Psychiatry* 2007; 48(3):283–288.
24. Le Bon O, Basiaux P, Streel E, Tecco J, Hanak C, Hansenne M, Ansseau M, Pelc I, Verbanck P, Dupont S. Personality profile and drug of choice: A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug Alcohol Depend* 2004; 73(2):175–182.
25. Fossati A, Maffei C, Bagnato M, Donati D, Fiorilli M, Novella L, Ansoldi M. Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *J Personal Disord* 1998; 12(2):172–178.
26. Watzke AB, Schmidt CO, Zimmermann J, Preuss UW. Personality disorders in a clinical sample of Cannabis dependent young adults. *Fortschr Neurol Psychiatr* 2008; 76(10):600–605.
27. Brooner RK, King VL, Kidorf M, Schmidt CW, Jr, Bigelow GE. Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54(1):71–80.
28. Linehan MM, Dimeff LA, Reynolds SK, Comtois KA, Welch SS, Heagerty P, Kivlahan DR. Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug Alcohol Depend* 2002; 67:3–26.

## 5.2. Le Trauma History Questionnaire (THQ)

Ce qui suit est une série de questions à propos d'événements graves ou traumatiques dans la vie de quelqu'un. En réalité, ces types d'événements se produisent régulièrement, bien que nous aimerions croire qu'ils sont rares. Par conséquent, ils affectent la manière dont les personnes peuvent ressentir certaines choses, réagir ou encore réfléchir. Être conscient du fait que de tels faits surviennent et connaître les diverses réactions des individus face à cela nous aidera à élaborer des programmes de préventions, d'éducatons et autres services. Le questionnaire est divisé en questions couvrant les expériences criminelles, les catastrophes en général, les questions de traumatisme et enfin, des interrogations à propos d'expériences physiques et sexuelles.

Pour chaque événement, veuillez indiquer (en encerclant la ou les réponses appropriées), si cela s'est produit, et si oui, le nombre de fois et votre âge approximatif quand cela s'est produit (donner la meilleure estimation de votre âge si vous n'êtes pas sûr). Notez également la nature de votre relation avec la personne en cause et la nature spécifique de l'événement le cas échéant.

### Evénements liés à la criminalité

		<u>Si oui</u>	
		Nombre de fois	Age approximatif
1	Quelqu'un a-t-il déjà tenté de vous prendre quelque chose directement sur vous en utilisant la force ou la menace de la force, comme une agression ou un braquage ?	Non	Oui
2	Quelqu'un a-t-il déjà tenté de vous voler ou vous a effectivement volé (vos effets personnels par exemple) ?	Non	Oui
3	Quelqu'un a-t-il déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans votre maison lorsque vous n'étiez pas là ?	Non	Oui
4	Quelqu'un a-t-il déjà tenté ou réussi à rentrer par effraction dans votre maison alors que vous étiez là ?	Non	Oui

### Catastrophes générales et traumatismes

5	Avez-vous déjà eu un grave accident au travail, en voiture ou dans un autre endroit ?	Non	Oui
	Si oui, précisez : .....		

			<b><u>Si oui</u></b>	
		<b>Nombre de fois</b>	<b>Age approximatif</b>	
6	Avez-vous déjà expérimenté une catastrophe naturelle telle qu'une tornade, un ouragan, une inondation, un tremblement de terre majeur, etc., et où vous avez senti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou blessés ? Si oui, précisez : .....	Non	Oui	
7	Avez-vous déjà vécu une catastrophe provoquée par l'homme tel qu'un accident de train, l'effondrement d'un bâtiment, le braquage d'une banque, un incendie, etc., et où vous avez senti que vous ou vos proches étiez en danger de mort ou blessés ? Si oui, précisez : .....	Non	Oui	
8	Avez-vous déjà été exposé à des produits chimiques dangereux ou à de la radioactivité qui auraient pu menacer votre santé ?	Non	Oui	
9	Avez-vous déjà été dans toute autre situation dans laquelle vous avez été grièvement blessé ? Si oui, précisez : .....	Non	Oui	
10	Avez-vous déjà été dans toute autre situation dans laquelle vous avez craint d'être tué ou gravement blessé ? Si oui, précisez : .....	Non	Oui	
11	Avez-vous déjà vu quelqu'un gravement blessé ou se faire tuer ? Si oui, précisez qui : .....	Non	Oui	
12	Avez-vous déjà vu des cadavres (autre part qu'à des funérailles) ou avez-vous eu à manipuler des cadavres pour une raison quelconque ? Si oui, précisez : .....	Non	Oui	
13	Avez-vous déjà eu un ami proche ou un membre de votre famille assassiné ou tué par un conducteur en état d'ébriété ? Si oui, précisez la relation (par exemple, votre mère, votre petit-fils, etc.) : ...	Non	Oui	

			<u>Si oui</u>	
			Nombre de fois	Age approximatif
14	Avez-vous déjà eu un époux ou partenaire, ou un enfant qui est mort ? Si oui, précisez la relation : .....	Non    Oui		
15	Avez-vous déjà eu une maladie grave ou extrêmement grave (mettant votre vie en danger) ? Si oui, précisez : .....	Non    Oui		
16	Avez-vous déjà appris que l'un de vos proches était grièvement blessé, avait une maladie mettant sa vie en danger ou était décédé de façon inattendue ? Si oui, précisez : .....	Non    Oui		
17	Avez-vous déjà eu à combattre, pendant le service militaire, dans une guerre officielle ou non officielle ? Si oui, indiquez où : .....	Non    Oui		
<b><u>Expériences physiques et sexuelles</u></b>				
18	Quelqu'un vous a-t-il déjà forcé à avoir des rapports sexuels, ou encore des rapports de type oral, anal ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur) : .....	Non    Oui		
19	Quelqu'un a-t-il déjà touché des parties intimes de votre corps, ou vous a-t-il fait toucher les siennes par la force ou la menace ? Si oui, indiquez la nature de la relation avec la personne (par exemple : étranger, ami, parent, frère ou sœur) : .....	Non    Oui		
20	Y a-t-il d'autres situations, autres que les incidents mentionnés aux questions 18 et 19, où une personne a tenté de vous forcer à avoir des contacts sexuels non désirés ? Si oui, précisez : .....	Non    Oui		
21	Est-ce quelqu'un, y compris des membres de votre famille ou des amis, vous a déjà attaqué avec une arme à feu, un couteau ou une autre arme ? Si oui, précisez : .....	Non    Oui		

## Annexes

- 22 Est-ce que quelqu'un, y compris des membres de votre famille ou des amis vous a déjà attaqué sans arme et vous a grièvement blessé ? Si oui, précisez :
- Non      Oui

### Si oui

**Nombre**      **Age**  
**de fois**      **approximatif**

- 23 Est-ce qu'une personne de votre famille vous a déjà battu, giflé ou poussé assez fort pour vous blesser ?
- Non      Oui

### Autres évènements

- 24 Avez-vous déjà vécu toute autre situation ou événement extrêmement stressant qui ne soit pas mentionné ci-dessus ?
- Non      Oui
- Si oui, précisez : .....



### 5.3. Le Peritraumatic Distress Inventory (PDI)

Vous venez de répondre au THQ (Trauma History Questionnaire). Parmi les événements que vous avez rencontrés durant votre existence, veuillez choisir et noter, ci-après, celui qui est, ou a été, le pire et complétez les énoncés qui suivent en vous basant sur cet événement.

Cochez la case qui correspond le mieux à ce que vous avez ressenti *pendant et immédiatement après l'événement rencontré*.

	<b><u>PIRE EVENEMENT</u> : ....</b>				
	<b>0</b> <b>Pas du</b> <b>tout vrai</b>	<b>1</b> <b>Un peu</b> <b>vrai</b>	<b>2</b> <b>Plutôt</b> <b>vrai</b>	<b>3</b> <b>Très</b> <b>Vrai</b>	<b>4</b> <b>Extrêmement</b> <b>vrai</b>
<b>1.</b> Je ressentais de l'impuissance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>2.</b> Je ressentais de la tristesse et du chagrin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>3.</b> Je me sentais frustré(e) et en colère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>4.</b> J'avais peur pour ma propre sécurité	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>5.</b> Je me sentais coupable	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>6.</b> J'avais honte de mes réactions émotionnelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>7.</b> J'étais inquiet pour la sécurité des autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>8.</b> J'avais l'impression que j'allais perdre le contrôle de mes émotions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>9.</b> J'avais envie d'uriner et d'aller à la selle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>10.</b> J'étais horrifié(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>11.</b> J'avais des réactions physiques comme des sueurs, des tremblements et des palpitations	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>12.</b> Je sentais que je pourrais m'évanouir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.</b> Je pensais que je pourrais mourir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5.4. L'Addiction Severity Index (ASI)

### INFORMATIONS GENERALES

Date de passation du questionnaire : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Sexe : Masculin Féminin

Adresse : \_\_\_\_\_

Depuis combien de temps environ, vivez-vous à cette adresse ? \_\_\_\_\_

Est-ce que vous êtes propriétaire (vous ou votre famille) ? ☐ Oui ☐ Non

Téléphone : \_\_\_\_\_

Mail : \_\_\_\_\_

Au cours des 30 derniers jours, avez-vous été en institution ?

- 1- NON
- 2- Prison
- 3- Traitement alcool et/ou drogues
- 4- Traitement médical
- 5- Traitement psychiatrique
- 6- Autre (précisez) \_\_\_\_\_

Combien de jours environ ? \_\_\_\_\_

### ETAT MEDICAL

- 1- Combien de fois dans votre vie avez-vous été hospitalisé (au moins une nuit) pour des problèmes médicaux tels qu'une fracture, l'ablation des amygdales, etc. (Y compris surdosage et délirium tremens ; excepté désintoxication) ? .....
- 2- Combien de temps s'est écoulé depuis votre dernière hospitalisation pour un problème physique ? \_\_\_\_\_(ans) / \_\_\_\_\_(mois)
- 3- Avez-vous un problème médical chronique qui continue de perturber votre vie ? (*Exemples : hypertension, diabète, épilepsie, handicap physique, douleur de dos régulière, médication, restriction diététique, incapacité à participer à certaines activités banales, etc.*)

## Annexes

0 – Oui      1 – Non

**Précisez :** .....

**4- Prenez-vous régulièrement un médicament prescrit pour un problème physique ?**

0 – Oui      1 – Non

**5- Recevez-vous une pension pour une incapacité physique** (*Allocation Adulte Handicapé par exemple*) ? (à l'exception d'une incapacité psychiatrique)

0 – Oui      1 – Non

**Précisez :** .....

**6- Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes médicaux ?** (*Exemples : essoufflements, rhume, grippe, cirrhose, pancréatite, douleur de dos, etc.*)

.....

**7- Dans quelle mesure avez vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes médicaux pendant les 30 derniers jours ?**

0 – Non, pas du tout

1 – Légèrement

2 – Modérément

3 – Considérablement

4 – Extrêmement

**8- Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces problèmes médicaux ?**

0 – Non, pas du tout

1 – Légèrement

2 – Modérément

3 – Considérablement

4 – Extrêmement

## **EMPLOI / RESSOURCES**

**1. Nombre d'années d'études :** \_\_\_\_\_ (ans) \_\_\_\_\_ (mois)

Précisez le dernier diplôme obtenu : .....

**2. Formation ou études techniques :** \_\_\_\_\_ (mois)

## Annexes

- 3. Avez-vous une profession, un métier, c'est-à-dire une aptitude acquise par un apprentissage spécialisé ?**

0 – Non      1 – Oui (**Précisez**) .....

- 4. Avez-vous un permis de conduire valide, c'est-à-dire non expiré, non suspendu, non retiré ?**

0 – Non      1 – Oui

- 5. Pouvez-vous disposer d'une automobile ? (sans permis de conduire valide, répondez Non)**

0 – Non      1 – Oui

- 6. Quelle a été la durée de votre plus long emploi régulier ? \_\_\_\_\_ (ans) \_\_\_\_\_ (mois)**

- 7. Occupation actuelle (ou dernière occupation) ? Précisez .....**

- 8. Quelqu'un contribue-t-il à vous supporter financièrement d'une manière ou d'une autre (argent, hébergement, nourriture, contribution du conjoint pour le loyer, etc.) ?**

0 – Non      1 – Oui

- 9. (Si Oui, à la question 8) Cela constitue-t-il la partie principale de vos ressources financières ?**

0 – Non      1 – Oui

- 10. Type d'emploi habituel au cours des trois dernières années (entourez le chiffre qui correspond à votre réponse) :**

- 1 – Plein temps (35 heures / semaine)
- 2 – Temps partiel (heures régulières)
- 3 – Temps partiel (heures irrégulières, travail à la journée)
- 4 – Etudiant
- 5 – Service militaire
- 6 – Retraité / Invalidité
- 7 – Sans emploi
- 8 – En milieu institutionnel

- 11. Combien de journées de travail avez-vous été payé au cours des 30 derniers jours (y compris travail au noir, congés maladie, congés payés) ? .....**

**Combien d'argent avez-vous reçu des sources suivantes au cours des 30 derniers jours ?**

- 12. Emploi (revenu net) ..... €(comptez aussi le travail au noir)**

- 13. Chômage ..... €**

## Annexes

14. Aide sociale ..... €(Exemples : RMI, tickets alimentaires, etc.)
15. Pension ..... €(Exemples : AAH, retraite, etc.)
16. Conjoint, famille ou amis ..... €(Exemples : dépenses personnelles, argent de poche reçu ou emprunté, héritage, remboursement, etc.)
17. Illégal ..... €(Exemples : revente de drogues, vols, jeux d'argent illégaux, etc.)
18. Combien de personnes dépendent de vous pour la plus grande partie de leurs besoins (nourriture, logement, etc.) ? .....
19. Combien de journées avez-vous éprouvé des problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ? (Exemples : préavis de licenciement, problèmes de drogues ou d'alcool, mauvaise entente avec un (ou une) collègue, etc.) .....
20. Dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes d'emploi au cours des 30 derniers jours ?
- 0 – Non, pas du tout
  - 1 – Légèrement
  - 2 – Modérément
  - 3 – Considérablement
  - 4 – Extrêmement
21. Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir une aide pour ces problèmes d'emploi ?
- 0 – Non, pas du tout
  - 1 – Légèrement
  - 2 – Modérément
  - 3 – Considérablement
  - 4 – Extrêmement

**DROGUES / ALCOOL**

*Pour les questions 1. à 12., voici les codes de voie d'administration*

*Codez, 1 = orale ; 2 = nasale ; 3 = fumée ; 4 = non IV (non injection) ; 5 = IV (injection)*

- |   | <b>Au cours des 30<br/>derniers jours<br/>(en jours)</b> | <b>Toute la vie<br/>(en années)</b> |
|---|--|-------------------------------------|
| 1. Alcool (toute utilisation)   |  |                                     |
| 2. Alcool (5 verres par jour ou effets ressentis de l'alcool :<br>maux de tête, ivresse)  |  |                                     |
| 3. Héroïne  |  |                                     |
| 4. Méthadone  |  |                                     |
| 5. Autres opiacés / analgésiques  |  |                                     |
| 6. Barbituriques  |  |                                     |
| 7. Autres sédatifs / hypnotiques / tranquillisants  |  |                                     |
| 8. Cocaïne, crack   |  |                                     |
| 9. Amphétamines   |  |                                     |
| 10. Cannabis  |  |                                     |
| 11. Hallucinogènes  |  |                                     |
| 12. Inhalants   |  |                                     |
| <br><b>13. Prenez-vous plus d'une substance par jour (y compris l'alcool) ?</b>   |  |                                     |
| 0 – Non      1 – Oui ( <i>Précisez combien de substances</i> ) .....  |  |                                     |
| <b>Si oui</b> , combien de jours avez-vous consommé plus d'une substance par jours au cours des 30 derniers jours ? .....   |  |                                     |
| <b>Et</b> , pendant combien d'années avez-vous régulièrement consommé plus d'une substance par jour (c'est-à-dire 3 jours ou plus par semaine et pendant au moins 6 mois ? .....      |  |                                     |
| <br><b>14. Quelle substance pose le problème principal ? (Veuillez coder comme précédemment, 1. à 12. ou 0 = pas de problème ; 15 = Alcool et drogue ; 16 = polydrogues)</b><br>..... |  |                                     |
| <br><b>15. Quelle a été la durée de votre dernière période d'abstinence volontaire de cette substance principale ? (0 = jamais abstinent) .....</b> (mois)                            |  |                                     |
| <br><b>16. Depuis combien de mois cette abstinence a-t-elle cessé ? (0 = encore abstinent) .....</b>  |  |                                     |

## Annexes

### 17. Combien de fois avez-vous eu :

- a. un délirium tremens (alcool) .....
- b. une overdose (drogue) .....

### 18. Combien de fois dans votre vie avez-vous été traité pour :

- a. abus d'alcool .....
- b. abus de drogue .....

### 19. Parmi ces traitements, combien étaient des cures de désintoxication seulement :

- a. alcool .....
- b. drogue .....

### 20. Au cours des 30 derniers jours, combien d'argent estimez-vous avoir dépensé pour :

- a. alcool ..... €
- b. drogue ..... €

### 21. Combien de journées avez-vous été traité en externe (consultations ou thérapies en ambulatoire) pour des problèmes d'alcool ou de drogues au cours des 30 derniers jours ?

.....

### 22. Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous éprouvé des :

- a. problèmes\* d'alcool .....
- b. problèmes\* de drogues .....

*\* Il faut entendre par problèmes : un besoin imminent de consommer, des symptômes liés au manque, les effets de l'intoxication, la volonté d'arrêter sans pouvoir, etc.).*

*Pour les questions 23. et 24., utilisez la cotation suivante :*

*0 – Non, pas du tout*

*1 – Légèrement*

*2 – Modérément*

*3 – Considérablement*

*4 – Extrêmement*

### 23. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par des :

- a. problèmes d'alcool .....
- b. problèmes de drogues .....

**24. Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement pour ces :**

- a. problèmes d'alcool .....
- b. problèmes de drogues .....

**SITUATION LEGALE**

**1 – Venez-vous d'être admis dans une institution ?**

0 – Non      1 – Oui

Si Oui, cette admission a-t-elle été provoquée ou suggérée par le système judiciaire ?

0 – Non      1 – Oui

**2 – Etes-vous en période de probation, de libération conditionnelle ou dans un établissement pénal ?**

0 – Non      1 – Oui

**Combien de fois dans votre vie avez-vous été arrêté et inculpé des délits et crimes suivants :**

**3 – Vol à l'étalage** .....

**4 – Résistance à l'autorité (violation de probation)** .....

**5 – Usage, trafics de stupéfiants** .....

**6 – Escroquerie, faux et usage de faux** .....

**7 – Armes et explosifs** .....

**8 – Vol avec effraction (cambriolage)** .....

**9 – Vol à main armée** .....

**10 – Voie de fait** .....

**11 – Destruction, dégradation, dommages** .....

**12 – Viol, inceste, attentat à la pudeur** .....

**13 – Homicide, meurtre** .....

**14 A – Prostitution, proxénétisme** .....

**14 B – Outrage à magistrat** .....

**14 C – Autres** .....

**15 – Combien de ces inculpations ont entraîné une condamnation ?** .....

**Combien de fois dans votre vie avez-vous fait l'objet d'une des inculpations suivantes :**

**16 – Désordre vagabondage, ivresse publique** .....

**17 – Conduite en état d'ivresse** .....

**18 – Autres infractions majeures au Code de la route (conduite dangereuse, excès de vitesse, défaut de permis, etc.)** .....

**19 – Combien de mois avez-vous été détenu dans votre vie ?** .....



## Annexes

**20 – Combien de temps a duré votre dernière détention ? .....**

**21 – Pour quelle raison étiez-vous détenu ?** (*Servez-vous des numéros des réponses 3 à 14 et 16 à 18. En cas d'inculpations multiples, codez la plus grave*) .....

**22 – Etes-vous en instance d'inculpation, de procès ou d'une sentence ?**

0 – Non      1 – Oui

**23 – Pour quel motifs ?** (*Si plusieurs motifs, notez le plus grave*) .....

**24 – Au cours de 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été détenu ? .....**

**25 – Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous eu des activités illégales** (revente de drogues, prostitution, cambriolages, revente d'objets volés, etc.) **en vue d'en tirer profit ?**  
.....

**26 – Dans quelle mesure pensez-vous que vos problèmes légaux actuels sont graves ?** (*Exclure les problèmes civils*)

0 – Non, pas du tout

1 – Légèrement

2 – Modérément

3 – Considérablement

4 – Extrêmement

**27 – Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant d'avoir de l'aide ou une consultation pour ces problèmes légaux ?**

0 – Non, pas du tout

1 – Légèrement

2 – Modérément

3 – Considérablement

4 – Extrêmement

## **HISTOIRE DE LA FAMILLE**

Certaines personnes de votre famille, ont ou ont elles eu des difficultés que vous qualifieriez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologique, qui ont ou auraient dû nécessiter un traitement ?

**Consigne** : Entourez le carré ☐ si la réponse est Oui ; mettez un point d'interrogation si vous ne savez pas et barrez le carré si votre réponse est Non.

## Annexes

### **Côté maternel**

Alcool

Drogues

Psychiatriques

Grand-mère

Grand-père

Mère

Tante

Oncle

### **Côté paternel**

Grand-mère

Grand-père

Alcool

Drogues

Psychiatriques

Père

Tante

Oncle

### **Fratrie**

Frère

Sœur

## **RELATIONS FAMILIALES / SOCIALES**

### **1. Etat civil**

- |           |               |
|-----------|---------------|
| 1 Marié   | 4 Séparé      |
| 2 Remarié | 5 Divorcé     |
| 3 Veuf    | 6 Célibataire |

- 2. Depuis combien de temps avez-vous cet état civil ?** (Depuis l'âge de 18 ans, si vous n'avez jamais été marié) .....(ans) .....(mois)

### **3. Etes-vous satisfait de cette situation ?**

0 – Non

1 – Indifférent

2 – Oui

### **4. Conditions de vie habituelles**

- 1 avec conjoint et enfants
- 2 avec conjoint seulement

## Annexes

- 3 avec enfants seulement
- 4 avec parents     ☐ les deux parents     ☐ avec la mère     ☐ avec le père
- 5 avec famille
- 6 avec amis
- 7 seul
- 8 milieu institutionnel
- 9 pas de conditions de vie stables

### 5. Depuis combien de temps vivez-vous dans ces conditions ?

(Depuis l'âge de 18 ans, si vous vivez avec vos parents ou votre famille) .....

### 6. Etes-vous satisfait de ces conditions de vie ?

0 – Non

1 – Indifférent

2 – Oui

**Est-ce que vous vivez avec quelqu'un :**

0 – Non     1 – Oui

**qui a couramment des :**

**6A** problèmes d'alcool ?     Oui ☐     Non ☐

**6B** problèmes de drogues ?     Oui ☐     Non ☐

### 7. Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?

1 Famille

2 Amis

3 Seul(e)

### 8. Etes-vous satisfait(e) de cette façon de passer votre temps libre ?

0 – Non

1 – Indifférent

2 – Oui

### 9. Combien d'amis intimes avez-vous ? (*c'est-à-dire des personnes proches autre que votre famille, en qui vous pouvez avoir confiance*) .....

**9A** Pourriez-vous dire que vous avez eu des relations étroites durant de longues périodes avec, des personnes de votre entourage proche, dans votre vie ?

## Annexes

### Mère

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas connu ma mère

### Père

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas connu mon père

### Frère

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas connu mon frère ou je n'ai pas de frère

### Sœur

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas connu ma sœur ou je n'ai pas de sœur

### Epoux(se) / partenaire

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas d'époux / partenaire

### Enfants

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas d'enfant

### Ami(e)s

☐ Oui    ☐ Non    ☐ Je ne sais pas    ☐ Je n'ai pas d'ami(e)

**Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec ?**

0 – Non            1 – Oui

**Les 30 derniers  
jours**

**Dans votre  
vie**

**10. Mère**

**11. Père**

**12. Frère/sœur**

**13. Epoux(se)/partenaire**

**14. Enfants**

**15. Autres parents importants à vos yeux : \_\_\_\_\_**

**16. Ami(e)s intimes**

**17. Voisins**

**18. Collègues de travail**

**Est-ce que certaines de ces personnes ont abusé de vous ?**

0 – Non            1 – Oui

**18A    Emotionnellement** (en vous mettant à bout avec des mots très durs, en vous humiliant ou en vous faisant honte)

**30 derniers      Dans votre**  
**jours              vie**

**18B    Physiquement** (en vous causant des préjudices corporels)

**30 derniers      Dans votre**  
**jours              vie**

**18C    Sexuellement** (en vous forçant à subir des avances ou des actes sexuels)

**30 derniers      Dans votre**  
**jours              vie**

**19. Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?** C'est-à-dire qui aurait pu compromettre votre relation avec la personne, une rupture, le fait d'en venir aux mains, etc.

- a. Avec votre famille .....
- b. Avec d'autres personnes .....

**Dans quelle mesure avez-vous été perturbé(e) ou préoccupé(e) au cours des 30 derniers jours par ces :**

**20. Problèmes familiaux ?** (*entourez le chiffre qui correspond à votre réponse*)

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

**21. Problèmes sociaux ?** (*entourez le chiffre qui correspond à votre réponse*)

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

**Dans quelle mesure est-il important pour vous maintenant de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces :**

## Annexes

### **22. Problèmes familiaux ?** (entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

### **23. Problèmes sociaux ?** (entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

## **ETAT PSYCHIATRIQUE**

### **1. Combien de fois avez-vous été traité pour des problèmes psychologiques ou émotionnels ?**

- a. Dans un hôpital .....
- b. En externe ou dans le privé .....

### **2. Recevez-vous une pension pour une incapacité psychiatrique ?**

0 – Non      1 – Oui

### **Avez-vous eu une période importante (ne résultant pas de la consommation de drogue ou d'alcool) au cours de laquelle vous avez :**

0 – Non      1 – Oui

Les 30 derniers jours	Dans votre vie
--------------------------	-------------------

- 3. eu une dépression grave
- 4. souffert d'une anxiété ou d'une tension grave
- 5. connu des hallucinations
- 6. eu des difficultés à comprendre, à vous concentrer ou à vous souvenir
- 7. éprouvé des difficultés à réprimer un comportement violent (perte de contrôle, rage, violence)
- 8. eu de sérieuses idées de suicide
- 9. tenté de vous suicider
- 10. pris un médicament prescrit pour un problème psychologique ou

**11. Au cours des 30 derniers jours, pendant combien de journées avez-vous éprouvé ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? \_\_\_\_\_**

**12. Au cours des 30 derniers jours, dans quelle mesure avez-vous été perturbé ou préoccupé par ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? (entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)**

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

**13. Dans quelle mesure est-il important pour vous, maintenant, de recevoir un traitement ou de l'aide pour ces problèmes psychologiques ou émotionnels ? (entourez le chiffre qui correspond à votre réponse)**

- 0 – Non, pas du tout
- 1 – Légèrement
- 2 – Modérément
- 3 – Considérablement
- 4 – Extrêmement

## 5.5. Le Community Assessment of Psychic Experiences (CAPE 42)

Les questions suivantes concernent des idées et phénomènes psychiques qui ont pu vous arriver pendant votre existence. Si vous répondez jamais à une question, passez à la question suivante. Si vous répondez parfois, souvent, ou presque tout le temps, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez.

### 1. Vous êtes-vous déjà senti(e) triste ? (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### 2. Avez-vous déjà eu l'impression que des gens semblaient insinuer des choses à votre sujet ou tenaient des propos avec un double sens ? (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### 3. Avez-vous déjà eu le sentiment de n'être pas quelqu'un de très enthousiaste ? (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### 4. Avez-vous déjà eu le sentiment de n'être pas très bavard lorsque vous discutiez avec d'autres personnes ? (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez



## Annexes

**temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**5. Avez-vous déjà eu l'impression que l'on disait à la télé ou que l'on écrivait dans les journaux des choses spécialement pour vous ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**6. Avez-vous déjà eu l'impression que certaines personnes n'étaient pas ce qu'elles semblaient être ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**7. Avez-vous déjà eu l'impression que l'on cherchait volontairement à vous nuire ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**8. Avez-vous déjà eu le sentiment de ne pas ressentir d'émotion ou très peu d'émotion lors d'événements importants ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**9. Avez-vous déjà eu le sentiment d'être pessimiste à propos de tout ?** (cochez la réponse de votre

choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

**10. Avez-vous déjà eu l'impression qu'il y avait un complot dirigé contre vous ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

**11. Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de très important ou que vous étiez destiné(e) à devenir quelqu'un de très important ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

**12. Avez-vous déjà eu l'impression qu'il n'y avait pas d'avenir pour vous ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

**13. Avez-vous déjà eu l'impression que vous étiez quelqu'un de spécial, hors du commun ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

## Annexes

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**14. Avez-vous déjà eu l'impression de n'avoir plus envie de vivre ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**15. Vous est-il déjà arrivé de penser que les gens peuvent communiquer par télépathie ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**16. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous n'éprouviez pas d'intérêt à être avec d'autres personnes ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**17. Avez-vous déjà eu l'impression que des appareils électriques, comme des ordinateurs, pouvaient influencer à distance vos pensées ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐

---

**18. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous manquiez de motivation pour faire les choses ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

Parfois

Souvent

Presque tout le temps

## Annexes

☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**19. Vous est-il déjà arrivé de pleurer pour un rien ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**20. Vous est-il déjà arrivé de croire aux pouvoirs de la sorcellerie, au vaudou, ou aux sciences occultes ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**21. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous manquiez d'énergie ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**22. Avez-vous déjà eu l'impression que les gens vous regardaient bizarrement à cause de votre apparence ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**23. Avez-vous déjà eu le sentiment d'avoir l'esprit vide ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**24. Avez-vous déjà eu l'impression que vos pensées étaient enlevées ou extraites de votre tête ?**

(cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous passiez toutes vos journées à ne rien faire ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**26. Avez-vous déjà eu l'impression d'avoir dans votre tête des pensées que vous ne reconnaissiez pas comme les vôtres ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**27. Avez-vous déjà eu l'impression que vos sentiments manquaient d'intensité ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

## Annexes

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐


---

**28. Est ce que vos pensées ont déjà été si intenses que vous avez craint que d'autres personnes puissent les entendre ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐


---

**29. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous manquiez de spontanéité ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐


---

**30. Avez-vous déjà eu l'impression d'entendre vos pensées répétées comme par un écho ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐


---

**31. Avez-vous déjà eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'un pouvoir extérieur à vous même ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

☐

Parfois

☐

Souvent

☐

Presque tout le temps

☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

☐

Un peu

☐

Assez

☐

Beaucoup

☐


---

**32. Avez-vous déjà eu le sentiment que vos émotions étaient émoussées ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

Parfois

Souvent

Presque tout le temps

## Annexes

☐ ☐ ☐ ☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**33. Avez-vous déjà entendu une ou plusieurs voix alors que vous étiez tout(e) seul(e) ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**34. Avez-vous déjà entendu les voix de personnes qui discutaient entre elles alors que vous étiez tout(e) seul(e) ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**35. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous négligiez votre apparence ou votre hygiène personnelle ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

**36. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous n'arriviez jamais à terminer ce que vous faisiez ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois, souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**37. Avez-vous déjà eu le sentiment que vous aviez peu de passe-temps ou de centres d'intérêts ?**

(cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**38. Vous êtes vous déjà senti coupable ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**39. Avez-vous déjà eu un sentiment d'échec ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**40. Vous êtes vous déjà senti sous tension ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**41. Avez-vous déjà eu l'impression qu'un sosie avait pris la place d'un membre de la famille, d'un(e) ami(e) ou d'une personne de votre connaissance ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais	Parfois	Souvent	Presque tout le temps
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout	Un peu	Assez	Beaucoup
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



---

**42. Vous est-il arrivé de voir des objets, des personnes ou des animaux que les autres personnes ne voyaient pas ?** (cochez la réponse de votre choix)

Jamais

Parfois

Souvent

Presque tout le temps

☐☐☐☐

Si vous avez répondu **jamais**, passez à la question suivante. Si **parfois**, **souvent**, ou **presque tout le temps**, cochez la case qui décrit le mieux ce que vous ressentez

Pas du tout

Un peu

Assez

Beaucoup

☐☐☐☐

## 5.6. Le Personality Diagnostic Questionnaire (PDQ-4+)

Ce questionnaire est destiné à décrire le genre de personnalité que vous êtes. En répondant aux questions, pensez à la manière dont vous aviez tendance à ressentir les choses, à penser ou à agir **au cours de ces dernières années**. Afin de vous rappeler cette consigne, vous pourrez lire en tête de chaque page la phrase suivante : « *Depuis plusieurs années...* »

« V » (vrai) signifie que l'énoncé est *généralement vrai* pour vous.

« F » (faux) signifie que l'énoncé *ne correspond pas* à votre personnalité.

Même si vous n'êtes pas tout à fait sûr(e) de la réponse, indiquez V ou F pour chaque question. Par exemple, pour la question : « Je suis sujet(te) à être obstiné(e) » V F :

- si vous avez souvent été obstiné(e) et ce depuis plusieurs années, vous répondrez « vrai » en entourant le « V » ;
- si cela n'est pas vrai du tout pour vous, vous répondrez « faux » en entourant le « F ».

Il n'y a pas de bonnes réponses.

Prenez autant de temps que vous le souhaitez.

*Depuis plusieurs années...*

- |    |   |   |   |
|----|---|---|---|
| 1  | J'évite de travailler avec des gens qui pourraient me critiquer.  | V | F |
| 2  | Je ne peux prendre de décision sans le conseil ou la réassurance d'autres personnes.                    | V | F |
| 3  | Je me perds souvent dans les détails et perds de vue le plan d'ensemble.                                | V | F |
| 4  | J'ai besoin d'être le centre de l'attention des autres.   | V | F |
| 5  | J'ai accompli bien plus de choses que ce que les gens pensent.  | V | F |
| 6  | Je ferai le maximum pour éviter que ceux que j'aime me quittent.  | V | F |
| 7  | Les autres se sont plaint que je ne terminais pas mon travail ou mes engagements.                       | V | F |
| 8  | J'ai eu des problèmes avec la loi à plusieurs reprises (ou j'en aurai eu si j'avais été pris).          | V | F |
| 9  | Passer du temps en famille ou avec des amis ne m'intéresse pas.   | V | F |
| 10 | Je perçois une signification particulière à des événements qui se passent autour de moi.                | V | F |
| 11 | Je sais que les gens pourraient se servir de moi ou tenteraient de me tromper si je les laissais faire. | V | F |
| 12 | Parfois, je me sens bouleversé(e).  | V | F |
| 13 | Je ne donne mon amitié que si je suis sûr(e) d'être apprécié(e).  | V | F |
| 14 | Je me sens le plus souvent déprimé(e).  | V | F |
| 15 | Je préfère que d'autres prennent des responsabilités à ma place.  | V | F |
| 16 | Je perds du temps à essayer de faire les choses trop parfaitement.                                      | V | F |
| 17 | Je suis plus « sexy » que la plupart des gens.  | V | F |

## Annexes

18 Je pense souvent que je suis quelqu'un d'important ou que je le deviendrai. V F

### *Depuis plusieurs années...*

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 19 J'aime ou je déteste quelqu'un sans nuance entre les deux.                              | V | F |
| 20 Je me bagarre souvent physiquement.   | V | F |
| 21 J'ai le sentiment que les autres ne me comprennent ou ne m'apprécient pas.              | V | F |
| 22 Je préfère faire les choses seul(e) plutôt qu'en compagnie d'autres personnes.          | V | F |
| 23 Je peux savoir si certaines choses vont se passer avant qu'elles n'arrivent réellement. | V | F |
| 24 Je me demande souvent si je peux faire confiance aux gens que je connais.               | V | F |
| 25 Parfois, je parle des gens dans leur dos.   | V | F |
| 26 Je suis inhibé(e) dans mes relations intimes parce que j'ai peur d'être ridicule.       | V | F |
| 27 J'ai peur de perdre le soutien des autres si je ne suis pas d'accord avec eux.          | V | F |
| 28 Je souffre d'avoir une mauvaise estime de moi-même.                                     | V | F |
| 29 Je place mon travail avant ma famille, mes amis ou mes loisirs.                         | V | F |
| 30 Je montre facilement mes émotions.  | V | F |
| 31 Seules certaines personnes sont capables de m'apprécier et de me comprendre.            | V | F |
| 32 Je me demande souvent qui je suis réellement.   | V | F |
| 33 J'ai des difficultés à payer mes factures car je change souvent de travail.             | V | F |
| 34 Le sexe ne m'intéresse pas.   | V | F |
| 35 Les autres me considèrent comme maussade et « soupe au lait ».                          | V | F |
| 36 Je ressens ou je perçois souvent des choses que les autres ne perçoivent pas.           | V | F |
| 37 Les autres vont utiliser ce que je dis contre moi.                                      | V | F |
| 38 Il y a des gens que je n'aime pas.  | V | F |
| 39 Je suis plus sensible aux critiques et au rejet que la plupart des gens.                | V | F |
| 40 J'ai des difficultés à commencer les choses si je dois les faire tout seul.             | V | F |
| 41 J'ai un plus grand sens moral que les autres.   | V | F |
| 42 Je suis moi-même mon pire critique.   | V | F |
| 43 J'utilise mon apparence pour attirer l'attention des gens.                              | V | F |
| 44 J'ai énormément besoin que les autres me complimentent ou me remarquent.                | V | F |
| 45 J'ai essayé de me blesser ou de me tuer.  | V | F |
| 46 Je fais beaucoup de choses sans penser aux conséquences.                                | V | F |
| 47 Il y a peu de choses qui m'intéressent.   | V | F |
| 48 Les gens ont souvent du mal à comprendre ce que je dis.                                 | V | F |
| 49 Je m'oppose aux supérieurs qui me disent de quelle façon je dois faire mon travail.     | V | F |
| 50 Je suis attentif à bien comprendre la signification réelle de ce que les gens disent.   | V | F |
| 51 Je n'ai jamais dit de mensonge.   | V | F |
| 52 J'ai peur de rencontrer de nouvelles connaissances car je me sens inadapté(e).          | V | F |

## Annexes

### *Depuis plusieurs années...*

- |    |  |   |   |
|----|--|---|---|
| 53 | Je veux tellement que les gens m'apprécient que je fais volontairement des choses que je ne devrais pas faire. | V | F |
| 54 | J'ai accumulé beaucoup de choses dont je n'ai pas besoin et dont je ne peux me résoudre à me débarrasser.      | V | F |
| 55 | Même si je parle beaucoup, les gens disent que j'ai de la difficulté pour aller à l'essentiel.                 | V | F |
| 56 | Je me fais beaucoup de soucis.   | V | F |
| 57 | J'attends que l'on me fasse des faveurs même si je n'en fais guère aux autres.                                 | V | F |
| 58 | Je suis quelqu'un de très morose.  | V | F |
| 59 | Je mens facilement et très souvent.  | V | F |
| 60 | Je ne suis pas intéressé(e) à avoir des amis proches.  | V | F |
| 61 | Je suis souvent sur mes gardes car je crains que l'on profite de moi.  | V | F |
| 62 | Je n'oublie ni ne pardonne jamais à ceux qui me font du mal.   | V | F |
| 63 | J'en veux à ceux qui ont plus de chance que moi.   | V | F |
| 64 | Une guerre atomique ne serait pas une si mauvaise idée.  | V | F |
| 65 | Lorsque je suis seul(e), je suis désespéré(e) et incapable de m'occuper de moi-même.                           | V | F |
| 66 | Si les autres ne font pas les choses correctement, je préfère les faire moi-même.                              | V | F |
| 67 | J'ai un don pour le théâtre.   | V | F |
| 68 | Certains pensent que je profite d'eux.   | V | F |
| 69 | J'ai l'impression que ma vie est triste et sans intérêt.   | V | F |
| 70 | Je critique les autres.  | V | F |
| 71 | Je ne me soucie pas de ce que les autres disent de moi.  | V | F |
| 72 | J'ai des difficultés à avoir des rapports en face à face.  | V | F |
| 73 | On s'est souvent plaint que je ne remarquais rien quand les autres étaient bouleversés.                        | V | F |
| 74 | En me regardant, les gens peuvent penser que je suis bizarre, excentrique ou étrange.                          | V | F |
| 75 | J'aime prendre des risques.  | V | F |
| 76 | J'ai beaucoup menti en répondant à ce questionnaire.   | V | F |
| 77 | Je me plains beaucoup de mes difficultés dans la vie.  | V | F |
| 78 | J'ai du mal à contrôler ma colère ou mon sang-froid.   | V | F |
| 79 | Certains sont jaloux de moi.   | V | F |
| 80 | Je suis facilement influencé(e) par les autres.  | V | F |
| 81 | Je pense être économe mais les autres me jugent comme avare.   | V | F |
| 82 | Quand une relation proche prend fin, j'ai besoin d'en recréer une tout de suite.                               | V | F |
| 83 | Je souffre de la faible estime que j'ai de moi.  | V | F |
| 84 | Je suis pessimiste.  | V | F |
| 85 | Je ne perds pas de temps à me préoccuper des gens qui m'insultent.   | V | F |
| 86 | Me trouver en présence d'autres personnes me rend nerveux (se).  | V | F |

## Annexes

- 87 J'ai peur d'être mal à l'aise dans les situations nouvelles. V F
- Depuis plusieurs années...*
- 88 Je suis terrifié(e) à l'idée d'être abandonné(e) à moi-même. V F
- 89 Les gens disent que je suis têtu(e) comme une mule. V F
- 90 Je prends beaucoup plus au sérieux les relations avec les gens qu'ils ne le font eux-mêmes. V F
- 91 Je peux être désagréable un moment avec quelqu'un et m'excuser dans la minute qui suit. V F
- 92 On dit que je suis prétentieux (se). V F
- 93 Quand je suis stressé(e), il peut m'arriver de devenir « parano » ou de m'évanouir. V F
- 94 Tant que je sais ce que je veux, je ne me préoccupe pas de savoir si les autres en souffrent ou pas. V F
- 95 Je garde mes distances avec les autres. V F
- 96 Je me demande souvent si ma femme (ou mari ou petit(e) ami(e)) m'a été infidèle. V F
- 97 Je me sens souvent coupable. V F
- 98 J'ai souvent fait impulsivement des choses qui peuvent me poser problème.
- Veillez signaler, par une croix, ce qui s'applique à vous.*
- a. Dépenser plus d'argent que je n'en ai.
  - b. Avoir des rapports sexuels avec des gens que je connais à peine.
  - c. Boire énormément.
  - d. Prendre des drogues.
  - e. Faire des crises de boulimie.
  - f. Conduire dangereusement.
- 99 Lorsque j'étais enfant (avant 15 ans), j'étais une sorte de délinquant juvénile et je faisais certaines des choses suivantes (*notez, par une croix, les choses qui s'appliquent à vous*) :
- 1. J'étais considéré(e) comme brutal(e).
  - 2. Je déclenchais des bagarres avec d'autres enfants.
  - 3. J'ai utilisé une arme dans les bagarres.
  - 4. J'ai volé ou agressé des gens.
  - 5. J'ai été physiquement cruel(le) avec d'autres gens.
  - 6. J'ai été physiquement cruel(le) avec des animaux.
  - 7. J'ai forcé quelqu'un à avoir des rapports sexuels avec moi.
  - 8. J'ai beaucoup menti.
  - 9. Je suis sorti(e) la nuit sans la permission de mes parents.
  - 10. J'ai dérobé des choses aux autres.
  - 11. J'ai allumé des incendies.
  - 12. J'ai cassé des fenêtres ou détruit la propriété d'autres gens.
  - 13. Je me suis enfui(e) de chez moi plus d'une fois.
  - 14. J'ai commencé à faire l'école buissonnière régulièrement avant l'âge de 13 ans.
  - 15. Je me suis introduit(e) par effraction dans la maison, le bâtiment ou la voiture de quelqu'un.

## Références

- Acton, G.S. (2003). Measurement of impulsivity in a hierarchical model of personality traits: Implications for substance use. *Substance Use and Misuse*, 38, 67–83.
- Allenou, C., Olliac, B., Bourdet-Loubère, S., Brunet, A., David, A.C., Claudet, I., ...Birmes, P. (2010). Symptoms of traumatic stress in mothers of children victims of a motor vehicle accident. *Depression and Anxiety*, 27(7), 652-657.
- Allnutt, S., Wedgwood, L., Wilhelm, K., & Butler, T. (2008). Temperament, substance use and psychopathology in a prisoner population: Implications for treatment. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 42(11), 969–975.
- American Psychiatric Association. (2000). Mini DSM-IV-TR. Critères diagnostiques (Washington DC, 2000). Traduction française par J.-D. Guelfi et al., Masson, Paris, 2004, 384 pages.
- Archie, S., Boydell, K.M., Stasiulis, E., Volpe, T., & Gladstone, B.M. (in press). Reflections of young people who have had a first episode of psychosis: what attracted them to use alcohol and illicit drugs? *Early Intervention in Psychiatry*. DOI: 10.1111/j.1751-7893.2012.00355x
- Back, S.E., Sonne, S.C., Killeen, T., Dansky, B.S., & Brady, K.T. (2003). Comparative profiles of women with PTSD and comorbid cocaine or alcohol dependence. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 29(1), 169-189. DOI: 10.1081/ADA-120018845
- Bebbington, P.E., Bhugra, D., Brugha, T., Singleton, N., Farrell, M., Jenkins, R., Lewis, G., & Meltzer, H. (2004). Psychosis, victimisation and childhood disadvantage: evidence from the second British National Survey of Psychiatric Morbidity. *British Journal of Psychiatry*, 185, 220-226.

## Références

- Berna, G., Vaiva, G., Ducrocq, F., Duhem, S., & Nandrino, J.L. (2012). Categorical and dimensional study of the predictive factors of the development of a psychotrauma in victims of car accidents. *Journal of Anxiety Disorder*, 26(1), 239-245.
- Birmes, P., Brunet, A., Benoit, M., Defer, S., Hatton, L., Sztulman, H., & Schmitt, L. (2005). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire self-report version in two samples of French-speaking individuals exposed to trauma. *European Psychiatry*, 20(2), 145-151.
- Birmes, P., Brunet, A., Coppin-Calmes, D., Arbus, C., Coppin, D., Charlet, J.P., Vinnemann, N., Juchet, H., Lauque, D., & Schmitt, L. (2005). Symptoms of peritraumatic and acute traumatic stress among victims of an industrial disaster. *Psychiatric Services*, 56(1), 93-95.
- Birmes, P., Bui, E., Klein, R., Billard, J., Schmitt, L., Allenou, C., Job, N., Arbus, C. (2010). Psychotraumatology in Antiquity. *Stress and Health*, 26(1), 21-31.
- Bloch, H., Chemama, R., Dépret, E., Gallo, A., Leconte, P., Le Ny, J.F., Postel, J., & Reuchlin, M. (2000). *Le Grand Dictionnaire de la Psychologie* (p. 17) (2<sup>ème</sup> éd.). Paris : Larousse-Bordas.
- Bobes, J., & McCann, U.D. (2000). Developments in the treatment of drug dependence. *Current Opinion in Psychiatry*, 13, 333–338.
- Bouvard, M. (2002). Questionnaire de diagnostic de la personnalité (Personality Diagnostic Questionnaire, PDQ-4). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité* (pp. 81-92) (2<sup>ème</sup> éd.). Paris : Masson.
- Bowden-Jones, O., Iqbal, M.Z., Tyrer, P., Seivewright, N., Cooper, S., Judd, A., & Weaver, T., on behalf on the COSMIC study team. (2004). Prevalence of personality disorder in alcohol and drug services and associated comorbidity. *Addiction*, 99(10), 1306–1314.
- Brenner, K., Schmitz, N., Pawliuk, N., Fathalli, F., Joobar, R., Ciampi, A., King, S. (2007). Validation of the English and French versions of the Community Assessment of Psychic

## Références

- Experiences (CAPE) with a Montreal community sample. *Schizophrenia Research*, 95, 86-95. DOI:10.1016/j.schres.2007.06.017
- Briseau, S., Auriacombe, M., Franques, P., Daulouède, J.P., & Tignol, J. (1999). L'Addiction Severity Index. *Le Courrier des Addictions*, 5, 200-2003.
- Brooner, R.K., King, V.L., Kidorf, M., Schmidt, C.W., Jr, & Bigelow, G.E. (1997). Psychiatric and substance use comorbidity among treatment-seeking opioid abusers. *Archives of General Psychiatry*, 54(1), 71–80.
- Brown, R.W., Maple, A.M., Perna, M.K., Sheppard, A.B., Cope, Z.A., & Kostrzewa, R.M. (in press). Schizophrenia and substance abuse comorbidity: nicotine addiction and the neonatal quinpirole model. *Schizophrenia and Substance Abuse Comorbidity*.
- Brunet, A., Weiss, D.S., Metzler, T.J., Best, S.R., Neylan, T.C., Rogers, C., Fagan, J., & Marmar, C. R. (2001). The Peritraumatic Distress Inventory: a proposed measure of PTSD Criterion A2. *The American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1480 –1485.
- Bui, E., Brunet, A., Allenou, C., Camassel, C., Raynaud, J.P., Claudet, I., ...Birmes, P. (2010). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress symptoms in school-aged children victims of road traffic accident. *General Hospital Psychiatry*, 32(3), 330-333.
- Bui, E., Brunet, A., Olliac, B., Very, E., Allenou, C., Raynaud, J.P., ...Birmes, P. (2011). Validation of the Peritraumatic Dissociative Experiences Questionnaire and Peritraumatic Distress Inventory in school-aged victims of road traffic accidents. *European Psychiatry*, 26(2):108-111.
- Bui, E., Joubert, S., Manetti, A., Camassel, C., Charpentier, S., Ribereau-Gayon, R., ...Arbus, C. (2010). Peritraumatic distress predicts posttraumatic stress symptoms in older people. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 25(12):1306-1307. DOI: 10.1002/gps.2445.
- Bui, E., Tremblay, L., Brunet, A., Rodgers, R., Jehel, L., Véry, E., ...Birmes, P. (2010). Course of posttraumatic stress symptoms over the 5 years following an industrial disaster: a structural



## Références

- equation modeling study. *Journal of Traumatic Stress*, 23(6), 759-766. DOI: 10.1002/jts.20592.
- Camoni, L., Regine, V., Salfa, M.C., Nicoletti, G., Canuzzi, P., Magliocchetti, N., Rezza, G., Suligoi, B., & the SerT Study Group. (2010). Continued high prevalence of HIV, HBV and HCV among injecting and noninjecting drug users in Italy. *Annali dell'Istituto Superiore di Sanità*, 46(1), 59–65.
- Caton, C.L., Samet, S., & Hasin, D.S. (2000). When acute-stage psychosis and substance use co-occur: differentiating substance-induced and primary psychotic disorders. *Journal of Psychiatric Practice*, 6(5), 256-266.
- Chabert, C., Ciavaldini, A., Jeammet, P., & Schenckery, S. (2006). *Actes et dépendances*. Paris : Dunod.
- Cloninger, C.R. (1987). A systematic method for clinical description and classification of personality variants. A proposal. *Archives of General Psychiatry*, 44(6), 573–588.
- Cloninger, C.R., Svrakic, D.M., & Przybeck, T.R. (1993). A psychobiological model of temperament and character. *Archives of General Psychiatry*, 50(12), 975–990.
- Conway, K.P., Kane, R.J., Ball, S.A., Poling, J.C., & Rounsaville, B.J. (2003). Personality, substance of choice, and polysubstance involvement among substance dependent patients. *Drug and Alcohol Dependence*, 71(1), 65–75.
- Corcos, M., Flament, M., & Jeammet, P. (2003). *Les conduites de dépendance. Dimensions psychopathologiques communes*. Paris : Masson.
- Crocq, L. (2001) In De Clercq, M., & Lebigot, F. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- Darke, S., Hetherington, K., Ross, J., Lynskey, M., & Teesson, M. (2004). Non-injecting routes of administration among entrants to three treatment modalities for heroin dependence. *Drug and Alcohol Review*, 23(2), 177–183.

## Références

- Darke, S., Mills, K.L., Ross, J., Williamson, A., Harvard, A., & Teesson, M. (2009). The ageing heroin user: career length, clinical profile and outcomes across 36 month. *Drug and Alcohol Review*, 28(3), 243-249. DOI: 10.1111/j.1465-3362.2008.00024.x.
- Davis, D.R., & DiNitto, D.M. (1996). Gender differences in social and psychological problems of substance abusers: a comparison to nonsubstance abusers. *Journal of Psychoactive Drugs*, 28(2), 135-145.
- De Clercq, M., & Dubois, V. (2001) In De Clercq, M., & Lebigot, F. *Les traumatismes psychiques*. Paris : Masson.
- Degenhardt, L., & Hall, W. (2001). The association between psychosis and problematical drug use among Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being. *Psychological Medicine*, 31(4), 659-668.
- Dixon, L., Haas, G., Welden, P., Sweeney, J., & Frances, A. (1990). Acute effects of drug abuse in schizophrenic patients: clinical observations and patients' self-reports. *Schizophrenia Bulletin*, 16(1), 69-79.
- Driessen, M., Schulte, S., Luedecke, C., Schaefer, I., Sutmann, F., Ohlmeier, M., Kemper U., ...and the TRAUMAB-Study Group. (2008). Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. *Alcoholism: Clinical and Experimental research*, 32(3), 481-488. DOI: 10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x.
- Dunn, J., & Laranjeira, R.R. (1999). Transitions in the route of cocaine administration – characteristics, direction and associated variables. *Addiction*, 94(6), 813–824.
- Evren, C., Evren, B., Yancar, C., & Erkiran, M. (2007). Temperament and character model of personality profile of alcohol- and drug dependent inpatients. *Comprehensive Psychiatry*, 48(3), 283–288.

## Références

- Farley, M., Golding, J.M., Young, G., Mulligan, M., & Minkoff, J.R. (2004). Trauma history and relapse probability among patients seeking substance abuse treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 27, 161-167. DOI: 10.1016/j.jast.2004.06.006
- Feldman, M., Boyer, B., Kumar, V.K., & Prout, M. (2011). Personality, drug preference, drug use, and drug availability. *Journal of Drug Education*, 41(1), 45-63.
- Fieldman, N.P., Woolfolk, R.L., & Allen, L.A. (1995). Dimensions of selfconcept: A comparison of heroin and cocaine addicts. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 21(3), 315–326.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Best, S., Metzler, T., Delucchi, K., Weiss, D.S., Fagan, J., & Marmar, C. (2006). The relationship between peritraumatic distress and peritraumatic dissociation: an examination of two competing models. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(11), 853-858.
- Fischer, B., Manzoni, P., & Rehm, J. (2006). Comparing injecting and noninjecting illicit opioid users in a multisite Canadian sample (OPICAN cohort). *European Addiction Research*, 12(4), 230–239.
- Fossati, A., Maffei, C., Bagnato, M., Donati, D., Fiorilli, M., Novella, L., & Ansoldi, M. (1998). Brief communication: Criterion validity of the Personality Diagnostic Questionnaire-4+ (PDQ-4+) in a mixed psychiatric sample. *Journal of Personality Disorders*, 12(2), 172–178.
- Franken, I.H.A., & Hendriks, V.M. (2000). Early-onset of illicit substance use is associated with greater axis-II comorbidity, not with axis-I comorbidity. *Drug and Alcohol Dependence*, 59, 305-308.
- Franques, P., Auriacombe, M., & Tignol, J. (2000). Personnalités du toxicomane. *L'Encéphale*, 26, 68-78.
- Freeman, D., & Fowler, D. (2009). Routes to psychotic symptoms: Trauma, anxiety and psychosis-like experiences. *Psychiatry Research*, 169(2), 107-112.

## Références

- Fuller, C.M., Vlahov, D., Ompad, D.C., Shah, N., Arria, A., & Strathdee, S.A. (2002). High-risk behaviors associated with transition from illicit non-injection to injection drug use among adolescent and young adult drug users: A case-control study. *Drug and Alcohol Dependence*, 66(2), 189–198.
- Gearon, J.S., Kaltman, S.I., Brown, C., & Bellack, A.S. (2003). Traumatic life events and PTSD among women with substance use disorders and schizophrenia. *Psychiatric Services*, 54(4), 523-528.
- Golier, J.A., Yehuda, R., Bierer, L.M., Mitropoulou, V., New, A.S., Schmeidler, J., Silverman, J.M., & Siever, L.J. (2003). The relationship of borderline personality disorder to posttraumatic stress disorder and traumatic events. *The American Journal of Psychiatry*, 160(11), 2018-2024.
- Gossop, M., Griffiths, P., Powis, B., & Strang, J. (1992). Severity of dependence and route of administration of heroin, cocaine and amphetamines. *British Journal of Addiction*, 87(11), 1527–1536.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A., & Segar, G. (1998a). Substance use, health and social problems of services users at 54 treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study. *British Journal of Psychiatry*, 173, 166-171.
- Gossop, M., Stewart, D., & Marsden, J. (1998b). NTORS a one year, The National Treatment Outcome Research Study: changes in substance use, health and criminal behaviours one year after intake. Department of Health, London.
- Grabot, D., Auriacombe, M., Martin, C., Landry, M., McLellan, A.T., Bergeron, J., O'Brien, C.P., & Tignol, J. L'Addiction Severity Index : un outil d'évaluation fiable et valide des comportements de dépendance. *In : Comptes rendus du LXXXX<sup>e</sup> Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française*, volume IV. Paris : Masson, 1992 : 213-219.

## Références

- Grant, B.F., Stinson, S.F., Dawson, D.A., Chou, S.P., Ruan, W.J., & Pickering, R.P. (2004). Co-occurrence of 12-month alcohol and drug use disorders and personality disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Archives of General Psychiatry*, 61(4), 361-368.
- Green, B.L. (1993). Identifying survivors at risk: Trauma and stressors across events. In J.P. Wilson & B. Raphael (Eds.), *International handbook of traumatic stress syndromes* (pp. 135-144). New York, NY : Plenum.
- Green, B.L., (1996). Trauma History Questionnaire. In B. H. Stamm (Ed.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp. 366-369). Lutherville, MD : Sidran Press.
- Haller, D.L., & Miles, D.R. (2004). Personality disturbances in drug-dependent women: relationship to childhood abuse. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 30(2), 269-286. DOI: 10.1081/ADA-120037378
- Hanssen, M., Peeters, F., Krabbendam, L., Radstake, S., Verdoux, H., & van Os, J. (2003). How psychotic are individuals with non-psychotic disorders? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38, 149-154. DOI: 10.1007/s00127-003-0622-7
- Harmer, A.L.M., Sanderson, J., & Mertin, P. (1999). Influence of negative childhood experiences on psychological functioning, social support, and parenting for mothers recovering from addiction. *Child Abuse & Neglect*, 23(5), 421-433.
- Hartz, I., Lundesgaard, E., Tverdal, A., & Skurtveit, S. (2009). Disability pension is associated with the use of benzodiazepines 20 years later: a prospective study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 37(3), 320-326.
- Henquet, C., van Os, J., Kuepper, R., Delespal, P., Smits, M., à Campo, J., & Myin-Germeys, I. (2010). Psychosis reactivity to cannabis use in daily life: an experience sampling study. *The British Journal of Psychiatry*, 196, 447-453. DOI: 10.1192/bjp.bp.109.072249

## Références

- Hooper, L.M., Stockton, P., Krupnick, J.L., & Green, B.L. (2011). Development, use, and psychometric properties of the Trauma History Questionnaire. *Journal of Loss and Trauma*, 16(3), 258-283. DOI : 10.1080/15325024.2011.572035
- Hyler, S.E. (1994). Personality Questionnaire (PDQ-4+). New York, NY: New York State Psychiatric Institute.
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé (INPES, 2005). Tableau de bord. Conduites addictives en Midi-Pyrénées.
- Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale (INSERM, 2010). Tableau de bord. Conduites addictives en Midi-Pyrénées.
- Janssen, I., Krabbendam, L., Bak, M., Hanssen, M., Vollebergh, W., de Graaf, R., & van Os, J. (2004). Childhood abuse as a risk factor for psychotic experiences. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 38-45.
- Jehel, L., Brunet, A., Paterniti, S., & Guelfi, J.D. (2005). Validation de la version française de l'inventaire de détresse péritraumatique. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 50(1), 67-71.
- Jehel, L., Paterniti, S., Brunet, A., Louville, P., & Guelfi, J.D. (2006). L'intensité de la détresse péritraumatique prédit la survenue des symptômes post-traumatiques parmi des victimes d'agression. *L'Encéphale*, 32(6), 953-956.
- Johnson, H., & Thompson, A. (2012). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47. DOI: 10.1016/j.cpr.2007.01.017
- Jolly, A. (2000). Evènements traumatiques et état de stress post-traumatique : une revue de la littérature épidémiologique. *Annales Médico Psychologiques*, 158(5), 370-378.

## Références

- Kendler, K.S., Bulik, C.M., Silberg, J., Hettema, J.M., Myers, J., & Prescott, C.A. (2000). Childhood sexual abuse and adult psychiatric and substance use disorders in women: an epidemiological and co-twin control analysis. *Archives of General Psychiatry*, 57(10), 953-959.
- Kokkevi, A., Stefanis, N., Anastasopoulou, E., & Kostogianni, C. (1998). Personality disorders in drug abusers: Prevalence and their association with axis I disorders as predictors of treatment retention. *Addictive Behaviors*, 23(6), 841–853.
- Kolassa, I.T., & Elbert, T. (2007). Structural and functional neuroplasticity in relation to traumatic stress. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 321-325. DOI: 10.1111/j.1467-8721.2007.00529.x
- Ladois-Do Pilar Rei, A., Bui, E., Bousquet, B., Simon, N.M., Rieu, J., Schmitt, L., ...Birmes, P. (2012). Peritraumatic reactions and posttraumatic stress disorder symptoms after psychiatric admission. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(1), 88-90.
- Langeland, W., Draijer, N., & van den Brink, W. (2004). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking alcoholics: the role of childhood trauma and perceived parental dysfunction. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 28(3), 441-447. DOI: 10.1097/01.ALC.0000117831.17383.72
- Langman, L., & Chung, M.C. (in press). The relationship between forgiveness, spirituality, traumatic guilt and posttraumatic stress disorder (PTSD) among people with addiction. *The Psychiatric Quartely*.
- Le Bon, O., Basiaux, P., Streel, E., Tecco, J., Hanak, C., Hansenne, M., Ansseau, M., Pelc, I., Verbanck, P., & Dupont, S. (2004). Personality profile and drug of choice: A multivariate analysis using Cloninger's TCI on heroin addicts, alcoholics, and a random population group. *Drug and Alcohol Dependence*, 73(2), 175–182.
- Lebigot, F. (2009). Le traumatisme psychique. *Stress et trauma*, 9(4), 201-204.

## Références

- Letamendia, C., Leblanc, N.J., Pariente, J., Simon, N.M., Thomas, C.L., Chabrol, H., ...Bui, E. (in press). Peritraumatic distress predicts acute posttraumatic stress disorder symptoms after a first stroke. *General Hospital Psychiatry*. DOI: 10.1016/j.genhosppsych.2012.03.011.
- Linehan, M.M., Dimeff, L.A., Reynolds; S.K., Comtois, K.A., Welch, S.S., Heagerty, P., & Kivlahan, D.R. (2002). Dialectical behavior therapy versus comprehensive validation therapy plus 12-step for the treatment of opioid dependent women meeting criteria for borderline personality disorder. *Drug and Alcohol Dependence*, 67, 3–26.
- Martin, C., Grabot, D., Auriacombe, M., Brisseau, S., Dalouède, J.P., & Tignol, J. (1996). Données descriptives issues de l'utilisation de l'Addiction Severity Index en France. *L'Encéphale*, 22(5), 359-363.
- McLellan, A.T., Kushner, H., Metzger, D., Peters, R., Smith, I., Grissom, G., Pettinati, H., & Argeriou, M. (1992). The fifth edition of the Addiction Severity Index. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 9, 199-213.
- McLellan, A.T., Luborsky, L., Cacciola, J., Griffith, J., Evans, F., Barr, H.L., & O'Brien, C.P. (1985). New data from the Addiction Severity Index. Reliability and validity in three centers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(7), 412-423.
- Menard, J., Hamel-Jutras, N. (1998). L'IGT/ASI sur le terrain : l'expérience d'intervenants provenant des centres publics de réadaptation pou personnes alcooliques et autres toxicomanes du Québec. In : Guyon, L., Landry, M., Brochu, S., Bergeron, J. (1998). *L'évaluation des clientèles alcooliques et toxicomanes* (pp. 67-81). Montréal : Les Presses de l'université de Laval.
- Mueser, K.T., Rosenberg, S.D., Fox, L., Salyers, M.P., Ford, J.D., & Carty, P. (2001). Psychometric evaluation of trauma and posttraumatic stress disorder assessments in persons with severe



## Références

- mental illness. *Psychological Assessment*, 13(1), 110-117. DOI: 10.1037//1040-3590.13.1.110
- Mutabaruka, J., Séjourné, N., Bui, E., Birmes, P., & Chabrol, H. (2011). Traumatic Grief and Traumatic Stress in Survivors 12 Years after the Genocide in Rwanda. *Stress and Health: Journal of The International Society for The Investigation of Stress*, DOI: 10.1002/smi.1429.
- Neaigus, A., Miller, M., Friedman, S.R., Hagen, L., Sifaneck, S.J., Ildefonso, G., & Des Jarlais, D.C. (2001). Potential risk factors for the transition to injecting among non-injecting heroin users: A comparison of former injectors and never injectors. *Addiction*, 96(6), 847–860.
- Negrete, J.C. (2003). Clinical aspects of substance abuse in persons with schizophrenia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 14-21.
- Norman, S.B., Stein, M.B., & Davidson, J.R. (2007). Profiling posttraumatic functional impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(1), 48-53.
- Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanies (OFDT, 2005). Cannabis et accidents mortels. Groupe SAM. Stupéfiants et accidents mortels de la circulation routière.
- Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanies (OFDT, 2008). Tableau de bord. Conduites addictives en Midi-Pyrénées.
- Paim Kessler, F.H., Barbosa Terra, M., Faller, S., Ravy Stolf, A., Carolina Peuker, A., Benzano, D., Brazilian ASI Group, & Pechansky, F. (2012). Crack users show high rates of antisocial personality disorder, engagement in illegal activities and other psychosocial problems. *The American Journal on Addictions*, 21(4), 370-380.
- Peters, E.N., Khondkaryan, E., & Sullivan, T.P. (in press). Associations between expectancies of alcohol and drug use, severity of partner violence, and posttraumatic stress among women. *Journal of Interpersonal Violence*.

## Références

- Peters, E.R., Joseph, S.A., & Garety, P.A., 1999. Measurement of delusional ideation in the normal population: introducing the PDI (Peters et al. Delusions Inventory). *Schizophrenia Bulletin*, 25, 553–576.
- Phillips, P., & Johnson, S. (2001). How does drug and alcohol misuse develop among people with psychotic illness? A literature review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 36, 269-276.
- Quin, R.C., Clare, L., Ryan, P., & Jackson, M. (2009). ‘Not of this world’: the subjective experience of the late-onset psychosis. *Aging & Mental Health*, 13(6), 779-787. DOI: 10.1080/13607860903046453
- Read, J., Agar, K., Argyle, N., & Aderhold, V. (2003). Sexual and physical abuse during childhood and adulthood as predictors of hallucinations, delusions and thought disorder. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 1-22.
- Read, J., van Os, J., Morrison, A.P., & Ross, C.A. (2005). Childhood trauma, psychosis and schizophrenia: a literature review with theoretical and clinical implications. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 112(5), 330-350.
- Resnick, S.G., Bond, G.R., & Mueser, K.T. (2003). Trauma and posttraumatic stress disorder in people with schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(3), 415-423.
- Reynaud, M. (2006). *Traité d’Addictologie*. Paris : Flammarion.
- Reynolds, M., Mezey, G., Chapman, M., Wheeler, M., Drummond, C., & Baldacchino, A. (2005). Co-morbid post-traumatic stress disorder in a substance misusing clinical population. *Drug and Alcohol Dependence*, 77(3), 251-258. DOI: 10.1016/j.drugalcdep.2004.08.017
- Rounsaville, B.J., Weissman, M.M., Crits-Christoph, K., Wilber, C., & Kleber, H. (1982). Diagnosis and symptoms of depression in opiate addicts. Course and relationship to treatment outcome. *Archives of General Psychiatry*, 39(2), 151-156.

## Références

- Rosenberg, H.J., Rosenberg, S.D., Wolford, G.L. 2nd, Manganiello, P.D., Brunette, M.F., & Boynton, R.A. (2000). The relationship between trauma, PTSD, and medical utilization in three high risk medical populations. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 30(3), 247-259.
- Ross, C.A., Anderson, G., & Clark, P. (1994). Childhood abuse and the positive symptoms of schizophrenia. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 489-491.
- Ross, J., Teesson, M., Darke, S., Lynskey, M., Ali, R., Ritter, A., & Cooke, R. (2005). The characteristics of heroin users entering treatment: Findings from the Australian treatment outcome study (ATOS). *Drug and Alcohol Review*, 24(5), 411–418.
- Saint-Lèbes, J., Rodgers, R., Birmes, P., & Schmitt, L. (2012). Personality differences between drug injectors and non-injectors among substance-dependent patients in substitution treatment. *The American Journal of Drug and Alcohol Dependence*, 38, 135-139.
- Sartor, C.E., McCutcheon V.V., Pommer, N.E., Nelson, E.C., Duncan, A.E., Waldron, M., Bucholz, K., Madden, P.A.F., & Heath, A.C. (2010). Posttraumatic stress disorder and alcohol dependence in young women. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 71, 810-818.
- Scott, J., Chant, D., Andrews, G., Martin, G., & McGrath, J. (2007). Association between trauma exposure and delusional experiences in a large community-based sample. *The British Journal of Psychiatry: the journal of mental science*, 190, 339-343.
- Shevlin, M., Dorahy, M., & Adamson, G. (2007). Childhood traumas and hallucinations: An analysis of the National Comorbidity Survey. *Journal of Psychiatric Research*, 41 (3-4), 222-228.
- Shin, S.H., Hong, H.G., & Jeon, S.M. (2012). Personality and alcohol use: the role of impulsivity. *Addictive Behaviors*, 37, 102-107. DOI: 10.1016/j.addbeh.2011.09.006

## Références

- Skodol, A.E., Oldham, J.M., & Gallaher, P.E. (1999). Axis II comorbidity of substance use disorders among patients referred for treatment of personality disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 156(5), 733–738.
- Spauwen, J., Krabbendam, L., Lieb, R., Wittchen, H.U., & van Os, J. (2006). Impact of psychological trauma on the development of psychotic symptoms: relationship with psychosis proneness. *British Journal of Psychiatry*, 188, 527-533.
- Stefanis, N.C., Delespaul, P., Henquet, C., Bakoula, C., Stefanis, C.N., & van Os, J. (2004). Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addiction*, 99, 1333-1341. DOI: 10.1111/j.1360-0443.2004.00806.x
- Stefanis, N.C., Hanssen, M., Smirnis, N.K., Avramopoulos, D.A., Evdokimidis, I.K., Stefanis, C.N., ...van Os, J. (2002). Evidence that three dimensions of psychosis have a distribution in the general population. *Psychological Medicine*, 32, 347–358. DOI : 10.1017/S0033291701005141
- Strang, J., Bearn, J., Farrell, M., Finch, E., Gossop, M., Griffiths, P., Marsden, J., & Wolff, K. (1998). Route of drug use and its implications for drug effect, risk of dependence and health consequences. *Drug and Alcohol Review*, 17(2), 197–211.
- Sullivan, T.P., & Holt, L.J. (2008). PTSD symptom clusters are differentially related to substance use among community women exposed to intimate partner violence. *Journal of Traumatic Stress*, 21(2), 173-180. DOI: 10.1002/jts.20318
- Teusch, R. (2001). Substance abuse as a symptom of childhood sexual abuse. *Psychiatric Services*, 52(11), 1530-1532.
- Thomas, E., Saumier, D., & Brunet, A. (2012). Peritraumatic distress and the course of posttraumatic stress disorder symptoms: a meta-analysis. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 57(2), 122-129.

## Références

- Trull, T.J., & Durrett, C.A. (2005). Categorical and dimensional models of personality disorder. *Annual Review of Clinical Psychology, 1*, 355–380.
- Vaiva, G. (2005). Réactions immédiates psychotraumatiques : angoisse ou effroi ? *Savoirs et clinique, 1*(6), 229-234. DOI : 10.3917/sc.006.0229
- Vaiva, G., Jehel, L., Cottencin, O., Ducrocq, F., Duchet, C., Omnes, C., ...Roelandt, J.L. (2008). Prévalence des troubles psychotraumatiques en France métropolitaine. *L'Encéphale, 34*(6), 577-583.
- Vaiva, G., Lestavel, P., & Ducrocq, F. (2008). Quand traiter le psychotraumatisme ? *La Presse Médicale, 37*(5), 894-901. DOI : 10.1016/j.lpm.2008.01.018.
- Valleur, M., & Matysiak, J.C. (2004). *Les nouvelles formes d'addiction. L'amour. Le sexe. Les jeux vidéo.* (2<sup>ème</sup> éd.). Paris : Flammarion.
- Verdoux, H., Sorbara, F., Gindre, C., Swendsen, J.D., & van Os, J. (2002). Cannabis use and dimensions of psychosis in a nonclinical population of female subjects. *Schizophrenia Research, 59*, 77–84.
- Verheul, R. (2001). Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry, 16*(5), 274–282.
- Volpicelli, J., Balaraman, G., Hahn, J., Wallace, H., & Bux, D. (1999). The role of uncontrollable trauma in development of PTSD and alcohol addiction. *Alcohol Research and Health, 23*(4), 256-262.
- Watzke, A.B., Schmidt, C.O., Zimmermann, J., & Preuss, U.W. (2008). Personality disorders in a clinical sample of Cannabis dependent young adults. *Fortschritte der Neurologie-Psychiatrie, 76*(10), 600–605.
- Weber, K., Rockstroh, B., Borgelt, J., Awiszus, B., Popov, T., Hoffmann, K., Schonauer, K., Watzl, H., & Pröpster, K. (2008). Stress load during childhood affects psychopathology in psychiatric patients. *BMC Psychiatry, 8*:63. <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/8/63>

## Références

- Whitfield, C.L., Dube, S.R., Felitti, V.J., & Anda, R.F. (2005). Adverse childhood experiences and hallucinations. *Child Abuse and Neglect*, 29(7), 797-810.
- Woody, G.E., Luborsky, L., McLellan, A.T., O'Brien, C.P., Beck, A.T., Blaine, J., Herman, I., Hole, A. (1983). Psychotherapy for opiate addicts. Does it help? *Archives of General Psychiatry*, 40(6), 639-645.
- Woody, G.E., McLellan, A.T., & O'Brien, C.P. (1990). Research on psychopathology and addiction: treatment implications. *Drug and Alcohol Dependence*, 25(2), 121-123.
- Yung, A.R., Buckby, J.A., Cosgrave, E.M., Killackey, E.J., Baker, K., Cotton, S.M., & McGorry, P.D. (2007). Association between psychotic experiences and depression in a clinical sample over 6 months. *Schizophrenia Research*, 91, 246-253. DOI: 10.1016/j.schres.2006.11.026

## Résumé

### **Titre : Addiction et personnalité : rôle des traumatismes et des expériences d'allure psychotique**

L'objectif de l'étude est d'évaluer la fréquence d'évènements traumatiques, la détresse péritraumatique associée, les expériences d'allure psychotique et la perturbation de la personnalité parmi des dépendants de substances comparé à un groupe témoin. Cent patients dépendants de substances consultants dans des centres de soins aux dépendances et 98 témoins ont été interrogés sur les évènements traumatiques et la détresse péritraumatique associée. La sévérité de l'addiction, des problèmes médicaux et psychosociaux ont également été explorés, ainsi que les expériences d'allure psychotique, les troubles et la perturbation de la personnalité. Les dépendants ont vécu significativement plus d'évènements traumatiques que les témoins ( $p < 0,001$ ). Ils ont été confrontés à des évènements liés à la criminalité, aux catastrophes générales, aux abus physiques et sexuels plus souvent que le groupe témoin. Leur score d'exposition traumatique est supérieur (entre 1 et 193) à celui des témoins (de 1 à 62) ( $p < 0,001$ ), signe d'une exposition à un plus jeune âge. Quarante deux pour cent des dépendants ont vécu leur « pire » évènement avant 12 ans comparé à 11 % chez les témoins ( $p < 0,001$ ). La détresse péritraumatique associée est plus grande chez les dépendants (20,85 (9,9)) comparé aux témoins (11,25 (8,4)) ( $p < 0,001$ ) et elle prédit les expériences d'allure psychotique ( $\beta = 0,45$  ;  $p < 0,001$ ). Les participants dépendants ont plus de problèmes médicaux et psychosociaux. Leur score d'expériences d'allure psychotique est plus élevé (145,3 (26,7)) que celui des témoins (115,7 (17,6)) ( $p < 0,001$ ). Ces participants ont rapporté plus de troubles de la personnalité : paranoïaque (65 % vs. 33,7 %), borderline (55 % vs. 5,1 %), obsessionnelle-compulsive (53 % vs. 25,5 %), évitante (49 % vs. 21,4 %) et de personnalité de type dépressive (46 % vs. 5,1 %) (tous les  $p < 0,001$ ). A ce jour, les études portant sur la vulnérabilité liée aux évènements traumatiques manquent parmi les dépendants de substances. La présente étude confirme la prévalence élevée d'évènements traumatiques et révèle la prévalence de détresse péritraumatique plus élevée parmi les dépendants de substances comparé aux témoins.

**Mots clés : évènements traumatiques, détresse péritraumatique, addiction aux substances, expériences d'allure psychotique, catégories de personnalité.**